



UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO RIO DE JANEIRO
INSTITUTO TRÊS RIOS
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS ECONÔMICAS E EXATAS – DCEEX

GABRIELLA DO NASCIMENTO PINHEIRO

**GASTO PÚBLICO COM SEGURIDADE SOCIAL NO BRASIL: uma análise do
período 2003-2013.**

Três Rios
2016



UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO RIO DE JANEIRO
INSTITUTO TRÊS RIOS
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS ECONÔMICAS E EXATAS – DCEEX

Gabriella do Nascimento Pinheiro

GASTO PÚBLICO COM SEGURIDADE SOCIAL NO BRASIL: uma análise do
período 2003-2013.

Monografia de conclusão de curso
apresentada ao curso de Ciências
Econômicas do Instituto de Três Rios da
Universidade Federal Rural do Rio de
Janeiro como requisito à obtenção do título
de Bacharel em Ciências Econômicas.

Orientadora: Prof^ª. Elisa Alonso Monçores
Viana.

Três Rios
2016

Gabriella do Nascimento Pinheiro

**GASTO PÚBLICO COM SEGURIDADE SOCIAL NO BRASIL: uma análise do
período 2003-2013.**

Monografia apresentada como pré-requisito
para a obtenção do título de bacharel em
Ciências Econômicas da Universidade
Federal Rural do Rio de Janeiro – Instituto
de Três Rios, submetida à aprovação da
banca examinadora composta pelos
seguintes membros:

Aprovada em: ____/____/____

Prof^ª. Elisa Alonso Monçores Viana (orientadora) – UFRRJ/ITR

Prof. Leandro Gomes da Silva – UFRRJ/ITR

Prof. Paulo José Saraiva – UFRRJ/ITR

Três Rios

2016

Dedico estes escritos à minha
família, amigos e professores.

AGRADECIMENTOS

Meus agradecimentos eu dedico a todos que colaboraram para que a minha graduação fosse concretizada. Começo pela minha família, a minha base. Agradeço principalmente ao meu super pai Rosélio, que nunca mediu esforços para me ajudar no que fosse preciso e sempre batalhou muito para dar um futuro maravilhoso. À minha mãe Luciana que também esteve presente nesta fase, me amparando com todos os meios possíveis. E aos meus queridos e amados irmãos, Alline e Ivan.

A todos os meus professores, principalmente às mulheres que são minha fonte de inspiração no meio acadêmico: Elisa, Fabiola e Simone. À Elisa, minha orientadora e amiga, por ser muito paciente e atenciosa, por ter sido o meu pilar nestes últimos anos, me ajudando, me incentivando e me aconselhando em todos os momentos, além de ter me apresentado à área de Economia Social, a qual eu me apaixonei e pretendo seguir em minha carreira. À minha tutora Fabiola, que sempre acreditou em mim (mesmo quando nem eu acreditava), que sempre abraçou todas as minhas ideias, sempre me protegeu e sempre me tratou como se fosse sua filha. À professora Simone, pelos incontáveis conselhos e conversas no Facebook, pela simpatia e amizade.

À minha segunda família: o PET. Onde eu tive um crescimento acadêmico e pessoal surreal podendo conviver com as melhores pessoas do mundo; realizando inúmeros artigos; preparando e ministrando diversas monitorias de cálculo; organizando e participando de eventos maravilhosos; e principalmente, sendo feliz e realizada. Foi neste grupo que eu descobri os caminhos profissionais que eu quero trilhar.

Por fim, porém não menos importante, agradeço ao Presley. Ele foi, sem dúvidas, a minha base de sustentação na cidade de Três Rios. Ele é a minha alegria, é a minha festa, é o meu companheiro, é a minha sintonia, é o meu amigo. Uma amizade conquistada na graduação que será levada pelo resto da minha vida. Se me perguntarem qual foi a melhor coisa que me aconteceu durante a minha graduação, a primeira coisa que virá à minha cabeça, será a imagem dele.

RESUMO

Este trabalho tem como objetivo a análise do sistema de Seguridade Social brasileiro e dos pilares que o compõem – previdência social, assistência social e saúde – entre 2003 e 2013, tendo como foco o gasto público nesta área, o qual constitui uma boa ferramenta para compreender as primazias e trajetórias no campo da proteção social. Em função disso, além de apresentar empiricamente o comportamento do gasto público com Seguridade Social, também objetiva apresentar o contexto histórico fundado na necessidade de um sistema de proteção social, bem como as raízes deste sistema no Brasil, além de descrever sobre a criação da Seguridade Social e de suas áreas, a partir da Constituição Federal de 1988, a qual contribuiu para mudanças significativas no âmbito das políticas sociais brasileiras.

Palavras-chave: gasto público, seguridade social, assistência, previdência, saúde.

ABSTRACT

This paper aims at analyzing the Brazilian Social Security system and its fundamental components – social security, social assistance and health – between 2003 and 2013 focusing the public spendings in this area, which is a nice tool to understand the primacy and trajectories in the field of social protection. As a result, in addition to empirically present the behavior of public spending with Social Security, it also aims to present the historical context based on the need for a social protection system and its roots in Brazil, as well as describing the creation of Social Security Social and its areas, from the Federal Constitution of 1988, which contributed to crucial changes in the scope of Brazilian social policies.

Key-words: public spending, social security, assistance, security, health.

LISTA DE GRÁFICOS E TABELA

Gráfico 1 - Gasto Público com Seguridade Social Consolidado	37
Gráfico 2 - Gasto com Seguridade Social por Função	38
Gráfico 3 - Valores Reais do Salário Mínimo no Período 2003-2013	39
Gráfico 4 - Participação do Gasto com Seguridade Social no PIB	40
Gráfico 5 - Gasto Social com Seguridade Social <i>per capita</i>	40
Gráfico 6 - Participação das Esferas no Gasto Público com Seguridade Social	42
Gráfico 7 - Participação das Funções no Gasto Federal com Seguridade Social	43
Gráfico 8 - Participação das Funções no Gasto Estadual com Seguridade Social	44
Gráfico 9 - Participação das Funções no Gasto Municipal com Seguridade Social	45
Gráfico 10 - Participação do Gasto Público com Seguridade Social no Gasto Público Total	46
Gráfico 11 - Participação das Funções no Gasto Total com Seguridade Social	47
Gráfico 12 - Participação das Esferas Governamentais em Previdência	48
Gráfico 13 - Participação das Esferas Governamentais em Assistência	50
Gráfico 14 - Participação das Esferas Governamentais em Saúde	51
Tabela 1 - Indicadores de Saúde.....	52

SUMÁRIO

1. Introdução	10
2. O Sistema de Proteção Social Brasileiro e a Construção da Seguridade Social	11
2.1. Introdução	11
2.2. O Sistema de Proteção Social e a Desmercantilização do Trabalho e dos Serviços Sociais	11
2.3. O Sistema de Proteção Social Brasileiro: Historicidade e Conceitos.....	15
2.3.1. Pré-Constituição Federal de 1988.....	15
2.3.2. A Constituição Federal de 1988 e a Introdução do Conceito de Seguridade Social	19
2.3.3. Pós-Constituição Federal de 1988	21
2.4. Os Três Pilares da Seguridade Social	25
2.4.1. Previdência Social	25
2.4.2. Assistência Social	27
2.4.2.1. Benefício de Prestação Continuada	28
2.4.2.2. Programa Bolsa Família	29
2.4.3. Saúde	30
2.5. Considerações Finais	32
3. Gasto Público com Seguridade Social no Brasil	34
3.1. Introdução	34
3.2. Considerações Metodológicas	35
3.3. Análise do Gasto Público Brasileiro com Seguridade Social: 2003-2013	36
3.3.1. Uma Visão Geral	36
3.3.2. As Três Esferas Governamentais.....	41
3.3.3. As Áreas de Atuação	46
3.4. Considerações Finais	53
4. Conclusão	55
5. Referências Bibliográficas	57

1. INTRODUÇÃO

O contexto inerente à livre ação do mercado em busca de eficiência econômica sem qualquer tipo de regulação pode resultar na imersão dos ditames de oferta e demanda no contexto social, levando a situações em que os seres humanos tornam-se meras mercadorias deste sistema. Assim, se torna necessária a materialização do sistema de proteção social, a partir da introdução dos direitos sociais, os quais proporcionam, em algum grau, a desmercantilização (ou desmercadorização) da força de trabalho e também dos serviços sociais.

No Brasil, o sistema de proteção social começou a dar seus primeiros passos a partir da década de 1930. Porém, foi com a Constituição Federal de 1988 que o marco do estado de bem-estar social brasileiro foi representado.

Na esfera do sistema de proteção social, o maior avanço foi a implementação da Seguridade Social, a qual integrou e institucionalizou as políticas sociais brasileiras em sua rede constituída pela Previdência Social, Assistência Social e Saúde.

A partir deste marco, as políticas sociais brasileiras passaram por períodos de retrocessos e avanços em função de mudanças no âmbito econômico e político. Entender essas variações nos anos atuais correspondentes ao período entre 2003 e 2013, tendo como ferramenta de análise o Gasto Público com Seguridade Social, é o objetivo deste trabalho. A hipótese de trabalho por trás da escolha desta ferramenta é que o gasto social pode ser visto como um espelho das prioridades e do direcionamento das políticas sociais.

A monografia conta, além desta introdução, com mais dois capítulos e uma conclusão. O primeiro capítulo tem como foco uma análise teórica e histórica, de modo que é apresentado a construção e a necessidade de um sistema de proteção social e como este foi instituído no Brasil. Assim, além de ser relatada a historicidade das políticas sociais brasileiras, o capítulo também evidenciará a criação da Seguridade Social e as mudanças instituídas por ela, bem como as áreas que a compõe.

O segundo capítulo possui um foco mais empírico, contando com uma análise de dados, de modo a relatar sobre o Gasto Público com Seguridade Social no Brasil, a fim de mostrar as diretrizes do núcleo central do sistema de proteção social brasileiro durante o período 2003-2013.

2. O SISTEMA DE PROTEÇÃO SOCIAL BRASILEIRO E A CONSTRUÇÃO DA SEGURIDADE SOCIAL

2.1. INTRODUÇÃO

No Brasil, o sistema de proteção social passou por contextos de avanços, dilemas e retrocessos mediante aos ditames políticos e econômicos. Tal afirmação se concretiza ao se analisar sua perspectiva histórica.

O marco de suma importância nessa área foi constituído pela implementação da Constituição Federal de 1988. A nova Carta Magna contou com a instituição da Seguridade Social, a qual, por meio de um conjunto integrado de ações públicas, tem por objetivo promover inclusão social por meio da equidade de direitos e de oportunidades em suas três áreas: saúde, previdência e assistência social.

O objetivo deste capítulo é relatar a necessidade de um sistema de proteção social e a trajetória deste sistema no cenário brasileiro, analisando especificamente a Seguridade Social e seus três pilares. Para isso, o capítulo foi dividido em quatro seções. A primeira relata as origens e o conceito do sistema de proteção social e as ideias que sustentam a defesa da desmercantilização do trabalho e dos serviços sociais. A segunda seção retrata o contexto das políticas sociais para o caso brasileiro, abrangendo a historicidade das políticas sociais brasileiras, incluindo: o período anterior à Constituição Federal de 1988; a definição da Seguridade Social na implementação da Constituição de 1988; e o contexto social posterior à instituição desta. Na terceira seção serão tratados separadamente os três pilares da Seguridade Social no Brasil; e por último, as considerações finais encerram o capítulo.

2.2. O SISTEMA DE PROTEÇÃO SOCIAL E A DESMERCANTILIZAÇÃO DO TRABALHO E DOS SERVIÇOS SOCIAIS

A filosofia liberal¹ defende que o sistema de livre mercado garante a equalização das relações na sociedade e das oportunidades ocupacionais desta. Em outras palavras,

¹ Filosofia político-econômica caracterizada pelas ideias que defendem a liberdade individual e da igualdade. De acordo com as ideias impostas por Adam Smith (1776), do ponto de vista econômico, a filosofia liberal provém da liberdade de atuação dos mecanismos de livre mercado de modo que se acreditava que tal processo seria responsável pelo desenvolvimento e prosperidade econômica como também do bem-estar da sociedade. Do ponto de vista econômico, segundo tal filosofia, não deveria haver interferência do Estado na economia ou o mesmo deveria somente intervir o mínimo possível.

esta teoria afirma que o mercado possui a capacidade de gerar uma ordem natural que possui o êxito de proporcionar o bem-estar para o conjunto da população, estando livre de qualquer tipo ou forma de intervenção. Contudo, o contexto histórico proveniente do estopim do sistema capitalista até os dias atuais demonstra um aspecto totalmente contraditório, tornando esta teoria insustentável, dado que os mecanismos de tal mercado surtem negativas consequências para a sociedade, de modo a gerar uma desarticulação social (POLANYI, 1944).

Com o advento da Revolução Industrial no século XVII, os processos de produção sofreram um progresso que ocasionaram o estabelecimento da economia de mercado de tal modo que começou a ser instituído na sociedade um mercado considerado auto regulável que se firma através de um capitalismo industrial. Tal sistema é orientado pelos preços de mercado através das forças de oferta e demanda, e se arranjará sem qualquer intervenção externa. Além disso, também é originado pelo comportamento dos seres humanos a fim de maximizarem seus ganhos monetários de modo que a busca pelo lucro se torna superior à busca pela subsistência (POLANYI, 1944). Desta forma, “o novo credo era totalmente materialista, e acreditava que todos os problemas humanos poderiam ser resolvidos com o dado de uma quantidade ilimitada de bens materiais” (POLANYI, 1944, p. 58).

Polanyi (1944) relata que o significado desta regulação se sustenta na venda de toda produção e dos rendimentos provenientes de tais vendas. Isto posto, os mercados são destinados para todos os elementos da indústria, não sendo restrito apenas aos seus bens, ou seja, o mercado também abrange o trabalho, a terra e o dinheiro, sendo seus preços denominados de salário, aluguel e juros, respectivamente. Esses três elementos são cruciais para o funcionamento do sistema econômico, contudo, os mesmos não podem ser considerados uma mercadoria visto que,

trabalho é apenas um outro nome para atividade humana que acompanha a própria vida que, por sua vez, não é produzida para a venda mas por razões inteiramente diversas, e essa atividade não pode ser destacada do resto da vida, não pode ser armazenada ou mobilizada. Terra é apenas outro nome para a natureza, que não é produzida pelo homem. Finalmente, o dinheiro é apenas um símbolo do poder de compra e, como regra, ele não é produzido, mas adquire vida através dos mecanismos dos bancos e das finanças estatais. (POLANYI, 1944, p. 74).

Assim, a definição destes elementos – trabalho, terra e dinheiro – como mercadoria confere um caráter inteiramente fictício, ou seja, ambos não foram produzidos

como uma mercadoria, mas na realidade, são tratados como tal. Em suma, tais elementos ficam à disposição e são subordinados ao mercado.

Sendo assim, o problema crucial concerne ao fato de que o mercado como único administrador dos rumos dos seres humanos, bem como de seus ambientes naturais, e também como julgador das formas de utilidade e de quantidade de poder aquisitivo, resulta numa ameaça ao aniquilamento da sociedade (POLANYI, 1944). Em suma, uma vez que o sistema econômico estivesse totalmente imerso no sistema social, a sociedade se tornaria um mero acessório do mercado. Ou seja, “em vez de a economia estar embutida nas relações sociais, são as relações sociais que estão embutidas no sistema econômico (POLANYI, 1944, p. 77).

Se tratando da força de trabalho em específico, tal componente merece uma melhor atenção, de modo que essa suposta mercadoria não contém formas de ser utilizada sem afetar o ser humano que a possui. O sistema econômico, ao fazer uso da força de trabalho de determinado indivíduo, também fará uso fortuito da capacidade física, psicológica e moral do mesmo. Assim, não possuindo qualquer tipo de proteção, os seres humanos estariam sujeitos aos “efeitos do abandono social; morreriam vítimas de um agudo transtorno social, através do vício, da perversão do crime e da fome” (POLANYI, 1944, p. 95). Além disso, o sistema econômico também levaria à redução da natureza, – ocasionando na impossibilidade de produção de alimentos e matérias primas – a ameaça à segurança militar e à liquidação de empresas dado que “as faltas e os excessos de dinheiro seriam tão desastrosos para os negócios como as enchentes e as secas nas sociedades primitivas” (POLANY, 1944, p. 95).

É evidente que, para o funcionamento da economia de mercado, o trabalho, a terra e o dinheiro são elementos cruciais. Todavia, dificilmente uma sociedade seria capaz de tolerar e deixar seu bem-estar a cargo de tal sistema causador de consequências sociais negativas, para obter sua continuidade e progresso, a menos que haja mecanismos de proteção contra o mesmo.

Nesse sentido, a política social torna-se “tanto necessária quanto possível” (ESPING-ANDERSEN, 1990, p 91), visto que fornece garantia aos direitos sociais, proporciona um estado de bem-estar para o conjunto da população e protege o sistema social. Como conceito, Draibe (1997, p. 14) relata que as políticas sociais constituem um “conjunto de programas e ações continuadas no tempo que afetam simultaneamente várias dimensões das condições básicas de vida da população”. Estas compreendem a

ação do Estado na cobertura dos riscos da vida coletiva ou individual, ou seja, representam a ação do Estado na promoção do bem-estar da sociedade.

A proteção à sociedade se materializa, segundo Esping-Andersen (1990), a partir da introdução dos direitos sociais, os quais proporcionam a desmercantilização (ou desmercadorização) da força de trabalho e também dos serviços sociais.

Quando os direitos sociais adquirem o *status* legal e prático de direitos de propriedade, quando são invioláveis e quando são assegurados com base na cidadania em vez de terem base no desempenho, implicam uma “desmercadorização” do *status* do indivíduo *vis-à-vis* o mercado (ESPING-ANDERSEN, 1990, p. 101).

O autor sugere que a redução da característica de mercadoria é proporcionada no momento em que “a prestação de um serviço é vista como uma questão de direito ou quando uma pessoa pode manter-se sem depender do mercado” (ESPING-ANDERSEN, 1990, p. 102). De acordo com esse contexto, a desmercantilização proporciona a liberdade. Essa noção de liberdade envolve o indivíduo numa situação em que ele não sofre com a redução ou perda do seu potencial de trabalho, dos seus benefícios sociais ou dos seus rendimentos, de modo a ter a opção de parar de trabalhar quando achar necessário.

Zimmermann e Silva (p. 355-356, 2009) explicitam que “a desmercantilização permite avaliar o grau de autonomia e independência que as políticas sociais concebem aos indivíduos ou famílias para que possam sobreviver para além das relações do mercado.”

É notável que a concepção de desmercantilização difira das teorias vigentes até o momento, por não enfatizar somente a quantidade, mas, especialmente, a qualidade das políticas sociais institucionalizadas, medidas pelo grau em que indivíduos podem manter um nível de vida tolerável, independentemente da obrigação da participação no mercado de trabalho. A dimensão da desmercantilização incorpora a possibilidade de os cidadãos poderem, livremente, optar por não trabalhar, quando assim considerarem necessário, sobretudo quando há um alto grau de exploração da força de trabalho (ZIMMERMANN; SILVA, p. 356, 2009)

Neste ponto, é necessário deixar claro que existem diversos graus de desmercantilização possíveis. Os critérios para mensurá-los encontram-se na facilidade ou na dificuldade do acesso aos benefícios sociais. Assim, quanto mais rígidos forem esses critérios, maiores serão as dificuldades de acesso aos meios de proteção social e consequentemente, haverá menor grau de desmercantilização e maior dependência dos

indivíduos ao mercado. De modo contrário, quando não houver critérios rígidos e excludentes de seleção, o grau de desmercantilização será maior e a dependência dos indivíduos em relação ao mercado será reduzida. Em suma, é notável que o grau de desmercantilização está diretamente atrelado ao modelo de proteção em vigor e este depende das especificidades políticas e econômicas de cada país (ESPING-ANDERSEN, 1990).

Porém, vale ressaltar que, em meio ao sistema capitalista, há uma contradição inerente à ideia de desmercantilização. Esta condiz com o fato de que, para certos indivíduos terem acesso a benefícios sociais, outros precisam se “mercantilizar”, em virtude da necessidade de geração de riqueza social para o funcionamento das políticas sociais. Assim, os trabalhadores emancipados em relação ao trabalho, devem se habilitar à ação coletiva tendo em vista a solidariedade de classe necessária para a preservação das políticas sociais de modo a gerar meios para o estabelecimento de uma sociedade menos desigual (ESPING-ANDERSEN, 1990).

Como conclusão, as políticas sociais possuem extrema relevância em meio a um ambiente de ordem capitalista, ao passo que proporcionam a proteção social, garantindo à sociedade um estado de bem-estar colocado em risco pelos ritmos ditados pelo mercado. A partir dos conceitos aqui apresentados, o próximo ponto será tratar desse tema com mais profundidade tendo como ponto específico o contexto brasileiro.

2.3. O SISTEMA DE PROTEÇÃO SOCIAL BRASILEIRO: HISTORICIDADE E CONCEITOS

2.3.1. PRÉ-CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988

Durante o período anterior à Constituição Federal de 1988, a forte evidência do sistema de proteção social brasileiro iniciou a partir da iniciativa privada, com a criação da base da previdência brasileira, a lei da Caixa de Aposentadoria e Pensão (CAPs), mais conhecida como lei Eloy Chaves, criada no ano de 1923. Esta lei garantia aos trabalhadores ferroviários o direito à pensão, aposentadorias e auxílio médico. Para isso, a empresa deveria criar um fundo de aposentadoria destinado ao trabalhador – por idade, invalidez, e tempo de serviço – e tal fundo seria mantido por meio de contribuições dos empregadores e empregados. Depois de ter sido imposta aos ferroviários, a lei foi

replicada por outras empresas de segmentos distintos (KERSTENETZKY, 2012; BEHRING & BOSCHETTI, 2011).

Inicialmente, houve falta da participação estatal nas conjunturas, o que de acordo com Kerstenetzky (2012, p. 187) “torna precária a interpretação das CAPs como a primeira forma de seguridade no Brasil”. Tanto que a autora ainda destaca que as mesmas poderiam ser consideradas como uma forma de “política social privada”.

Ainda em conformidade com autora, a figura pública começou a ganhar grande ênfase e assim, começou a expandir sua intervenção no âmbito da proteção social a partir da década de 1930, com a vinculação dos direitos civis e sociais dos indivíduos atrelados ao mercado de trabalho. Neste contexto, as decisões eram centralizadas em grandes burocracias, de modo que a sociedade não possuía participação.

Os anos correspondentes ao período de 1930 a 1945 foram marcados por um projeto de edificação do Estado nacional, que refletiu movimentos de industrialização, modernização e inovações no âmbito legislativo e institucional instruídas pelo presidente Getúlio Vargas. Vale aqui ressaltar um grande marco do período: a Consolidação das Leis Trabalhistas. Tais mudanças serviram de demarcações para o andamento dos direitos sociais no estado brasileiro nas décadas posteriores. Logo no ano de 1930, foram criados: o Ministério do Trabalho, da Indústria e do Comércio e o Ministério da Educação e Saúde².

Foram instituídos os Institutos de Aposentadoria e Pensão Nacionais (IAPs), em substituição aos seguros privados, - como fora nas CAPs - pelo seguro social público, dando início às formas de previdência social no país. Esse benefício foi estendido à maior parte dos trabalhadores urbanos.

A partir de 1932 a Carteira de Trabalho passou a ser obrigatória para todos os trabalhadores urbanos. É válido ressaltar que a mesma é um critério de elegibilidade para obtenção dos direitos sociais – trabalhistas e previdenciários – junto também da sindicalização.

Em relação ao sistema de saúde³, “era formado por um Ministério da Saúde subfinanciado e pelo sistema de assistência médica da previdência social, cuja provisão de serviços se dava por meio de institutos de aposentadoria e pensões divididos por

² Em 1953 houve uma separação do Ministério de Educação e Saúde e assim, foi criado o Ministério da Saúde (DRAIBE; AURELIANO, 1988).

³ Até os anos 1930, não havia no Brasil uma política nacional de saúde. “A intervenção efetiva do Estado no campo da saúde inicia-se na década de 30 e somente vai consolidar perfil específico a partir de meados da década de 60” (DRAIBE; AURELIANO, p. 129, 1988).

categoria ocupacional” (PAIM ET AL., 2011 apud BRAGA e PAULA, 1981, p. 17). As pessoas excluídas deste grupo tinham que lidar com serviços públicos, filantrópicos ou serviços privados.

Para falar de efetividade, mesmo sendo consideravelmente superior ao que foi no período anterior constituído pela Primeira República, o governo varguista obteve uma cobertura populacional extremamente baixa dos direitos sociais, de modo que no ano de 1950, não alcançou sequer 7 pontos percentuais (p.p.) da população (KERSTENETZKY, 2012).

No período de 1946 a 1964, houve poucas novidades no âmbito da política social e o gasto social compreendeu 3 p.p. do PIB (em 1960) (KERSTENETZKY, 2012). As poucas mudanças que houveram estavam atreladas à introdução de uma elevação regressiva do gasto social tributário.

Apesar disso, os empenhos institucionais proporcionaram novas dinâmicas e novos caminhos no que condiz às tentativas de universalização da previdência (que resultaram na eliminação das CAPs em 1953), em função da Lei Orgânica da Previdência Social e da criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Isso resultou na ampliação da cobertura, incluindo à previdência os trabalhadores rurais, as empregadas domésticas e os trabalhadores autônomos (DRAIBE; AURELIANO, 1988).

No que condiz à assistência social, Draibe e Aureliano (p. 135, 1988) destacam que,

Tem sido difícil estabelecer com precisão, no Brasil, o âmbito específico de uma política em assistência social. Programas de assistência social são muitos no país, e desenvolvidos por diversos órgãos públicos, distribuídos nas três esferas de governo. Por outro lado, dirigem-se a serviços e benefícios dos mais variados, que vão do atendimento às necessidades de saúde, alimentação, educação, trabalho, lazer, assistência jurídica, etc., procurando enfrentar, sob forma de auxílios temporários ou emergenciais, alguns dos múltiplos aspectos do quadro de carências que afeta a grande maioria da população brasileira. Com esse caráter fragmentado, indefinido, relativamente instável, programas de assistência pública vêm sendo desenvolvidos no país, ao longo de toda sua história. Uma dada centralização, todavia, ocorreu em nível do Governo Federal e, posteriormente, em nível dos estados da Federação, com a criação de secretarias de promoção social, desde meados dos anos 70.

No ano de 1974 houve a criação da licença-maternidade como prestação da previdência social e da Renda Mínima Vitalícia de meio salário-mínimo destinada aos idosos com 70 anos ou mais pobres e aos inválidos, ambas de cunho contributivo e

associadas à previdência. Vale ressaltar que a assistência social antes da Constituição Federal de 1988 não era considerada política pública (DRAIBE; AURELIANO, 1988)

Na área da saúde, o governo militar realizou reformas que acarretaram numa centralização do sistema de saúde e fragmentação institucional em benefício ao setor privado, especialmente nos grandes centros urbanos (PAIM ET AL., 2011).

Este período também foi marcado pela criação de novas fontes de recursos para as políticas sociais, como o Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS), o Sistema Nacional de Previdência (SINPAS), o Programa de Integração Social (PIS) e o Programa de Assistência ao Servidor Público (PASEP) (RIZOTTI, 2001).

Na primeira metade dos anos 1980, o gasto social brasileiro correspondia a 15 p.p. do PIB, entretanto, obtinha uma efetividade reduzida ao passo que beneficiava menos a população mais necessitada (DRAIBE, 2000 apud IPEA, 1988).

Em suma, segundo Draibe e Aureliano (1988), o sistema de proteção brasileiro – tendo nos anos 1930 o marco da ação social estatal – até fins dos anos 1980, além de ter se desenvolvido tendo por base o seguro social, caracterizou-se com alicerces “meritocráticos-particularistas”⁴ e também com caráter clientelista⁵, incluindo por décadas, apenas os grupos sociais participantes do mercado de trabalho formal, resultando assim, numa estratificação social. “É possível verificar que o princípio do mérito, entendido basicamente como a posição ocupacional e de renda adquirida no nível da estrutura produtiva, constitui a base sobre a qual se ergue o sistema brasileiro de política social” (DRAIBE; AURELIANO, p. 143, 1988).

Além disso, toda a estrutura de proteção social foi extremamente centralizada em nível federal e isso se explica em virtude da concentração dos recursos financeiros no Executivo Federal, na responsabilidade deste órgão no estabelecimento de normas gerais aplicáveis às políticas sociais e na submissão de aplicações de fundos federais às decisões da União.

Após todo o contexto aqui apresentado de consolidação do sistema de proteção social brasileiro, a seguir será discutido qual foi a trajetória em sentido de mudanças deste mesmo assunto mediante a implementação da Constituição Federal de 1988.

⁴ Partindo da premissa “de que cada um deve estar em condições de resolver suas próprias necessidades em base a seu trabalho, a seu mérito, à performance profissional, à produtividade. A política social intervém apenas parcialmente, corrigindo a ação do mercado” (DRAIBE; AURELIANO, 1988, p. 114).

⁵ Essa conclusão se dá por diversas razões, porém a principal, desde a fase de introdução da proteção social brasileira, refere-se à concessão de benefícios a pessoas e grupos privilegiados. Tal processo gerou situações voltadas a dificuldades de alocação de recursos sociais e de expansão dos mesmos.

2.3.2. A CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988 E A INTRODUÇÃO DO CONCEITO DE SEGURIDADE SOCIAL

Entre os anos 1985 e 1995, Jaccoud (2009) destaca que, no campo social, o Estado enfrentou diversas reformas em relação às suas atuações. Uma das consequências foi a instituição da Constituição Federal de 1988.

Como definição de Seguridade Social, segundo o Art. 194 da nova Constituição Federal: “A Seguridade Social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos à saúde, à previdência e à assistência social” (BRASIL, 1988).

A importância desse novo caminho da política social brasileira pode ser vista pelos princípios orientadores da Seguridade Social, competidos ao poder Público:

universalidade da cobertura e do atendimento; uniformidade e equivalência dos benefícios e dos serviços às populações urbanas e rurais; equidade e distributividade na prestação dos benefícios e dos serviços; irredutibilidade do valor dos benefícios; equidade na forma de participação no custeio; diversidade da base de financiamento; caráter democrático e descentralizado da gestão administrativa, com a participação da comunidade, em especial de trabalhadores, empresários e aposentados (VIANNA, p. 2, 2005).

Cabe aqui uma breve discussão para definição do conceito instituído pela Constituição de 1988, no qual a seguridade social possui o princípio da universalidade da cobertura e do atendimento. Isso significa que,

qualquer cidadão pode filiar-se ao Regime Geral de Previdência Social e receber benefícios com base na legislação pertinente; todo cidadão tem direito aos serviços ofertados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), assim como todo cidadão que se encontre em condições de extrema vulnerabilidade, definidas em lei, pode candidatar-se aos auxílios assistenciais. (DRAIBE, p. 124, 2003 apud VIANNA, 2003).

Deste modo, verifica-se um sistema de seguridade universal para todos. Consequentemente, esse princípio gera necessidade de fundamentais reformulações dos direitos sociais do cidadão e das atribuições do Estado.

Outro ponto alto de mudança realizado pela Constituição de 1988 concerne ao progresso verificado nos direitos trabalhistas e previdenciários: a instituição do salário mínimo, fixado em lei e nacionalmente unificado e o estabelecimento da vinculação deste salário ao piso dos benefícios previdenciários e assistenciais permanentes. Além disso,

também foi verificada a igualdade entre os direitos dos trabalhadores urbanos e rurais nos planos de previdência (CASTRO; RIBEIRO, 2009).

Para viabilização de todos os compromissos, criou-se o orçamento da Seguridade Social. Este, deveria dispor de fontes de financiamento provenientes da sociedade de forma direta e indireta, de acordo com a lei, mediante recursos oriundos dos orçamentos da União, dos Estados, dos Municípios e de contribuições sociais⁶ (SALVADOR, 2007).

De acordo com Salvador (p. 87, 2007),

o financiamento da seguridade social no Brasil permanece fracionado com a separação das fontes de recursos advindos da contribuição direta de pessoas empregadas e de quem emprega para custear a previdência social, e as contribuições sociais incidentes sobre o faturamento, o lucro e a movimentação financeira para as políticas de saúde e assistência.

A Constituição também trouxe novos arranjos entre os entes federativos em função da descentralização. Em meio a esse contexto, estados e municípios foram fortalecidos no âmbito fiscal e financeiro por meio da redistribuição de competências tributárias e possuíram uma elevação em sua autonomia de gastos em determinadas áreas. Com isso, essa redefinição das funções e capacidade de decisões entre as três esferas governamentais, envolveu transferências de recursos da União para estados e municípios, tendo como consequência, dinâmica nos gastos sociais do país. Isso significou menor dependência em relação à União na cobertura das políticas sociais (CASTRO; RIBEIRO, 2009).

Em suma, os princípios e normas inscritos na Constituição de 1988 em relação à política social afastaram o caráter meritocrático-particularista do sistema de proteção social brasileiro vigente anteriormente e aproximou-se do modelo redistributivista (CASTRO; RIBEIRO, 2009).

Diferentemente da noção baseada no seguro social, da reprodução das desigualdades no mercado de trabalho e da exclusão daqueles que não estavam inseridos no emprego formal, o sistema de Seguridade Social visa o enfrentamento de problemas socioeconômicos com base na solidariedade e na cidadania (JACCOUD, 2009).

⁶ De acordo com um estudo realizado por Salvador (2007) sobre do financiamento da Seguridade Social no Brasil entre os anos 1999 e 2006, verificou-se que os recursos predominantes neste orçamento são as contribuições sociais em detrimento dos recursos provenientes dos impostos. “As contribuições são arrecadadas pelo poder público em nome de entidades com atribuições específicas e que possuem orçamento próprio, destacando-se aquelas destinadas ao financiamento do sistema de seguridade social” (SALVADOR, p. 85, 2007). Elas representaram uma média de 89,5% das fontes de financiamento do período e as mais significativas foram: a Contribuição dos Empregadores e Trabalhadores para a Seguridade Social (CETSS), 45,9%; a Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (Cofins), 26,1%; e a Contribuições Provisórias sobre Movimentações Financeiras (CPMF), 8,1%.

Porém, torna-se necessário aqui registrar que a Constituição é sujeita a certas modificações ao longo do tempo, em função de reformas e contrarreformas. Isso será observado a partir do tópico seguinte, no qual será retratado o cenário histórico posterior à sua implementação, tendo como ferramenta de análise a trajetória das políticas sociais neste período.

2.3.3. PÓS-CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988

A década de 1990 emergiu em circunstâncias econômicas, sociais e políticas que impediram a vivência do avanço político e social trazidos pela Constituição de 1988. Foi um período de forte desestabilização econômica com altos índices de inflação, desemprego e fragilidade das contas fiscais. Além disso, os governos deste período – iniciando pelo governo Fernando Collor de Mello – basearam-se em linhas liberais-ortodoxas cujo estratégia política gerava ruptura com o intervencionismo estatal, privatizações, abertura comercial e financeira, forte anseio por elevação da competitividade brasileira no comércio internacional e desmonte dos mecanismos de proteção social, tal movimento pode ser visto como consequência da chegada do neoliberalismo à América Latina (GENTIL, 2006; ANDERSON, 1995). Foi uma década em que foi vivenciado o afastamento do Estado Nacional Desenvolvimentista⁷ e consequentemente, à desconstrução do precário Estado de bem-estar social que estava em vigor (DRAIBE; RIESCO, 2011).

O contexto político deste período, no âmbito social, baseava-se nos princípios do seguro social⁸ em substituição ao recente sistema de seguridade social implantado. Propunham-se reformas nas normas constitucionais da seguridade social, a universalização foi sendo substituída pela focalização⁹ e as privatizações moviam mudanças radicais no sistema de proteção social (GENTIL, 2006). Isso tudo acarretava

⁷ A crise do Estado Nacional Desenvolvimentista colocou fim no processo iniciado na década de 1930, onde o Brasil cumpriu tarefas de essenciais em um ambiente de industrialização tardia (DRAIBE; RIESCO, 2011).

⁸ O seguro social confere proteção somente aos indivíduos que contribuíssem para o seu custeio e dava-se de forma a protegê-los dos riscos sociais.

⁹ De acordo com Kerstenetzky (2006), a ideia de focalização das políticas sociais está associada à concepção de justiça de mercado de modo que as políticas sociais tornam-se residuais “incidindo sobre os segmentos à margem dos processos econômicos integradores” (KERSTENETZKY, p. 568, 2006). Em outras palavras, a proteção social torna-se um coadjuvante da busca por eficiência econômica ao passo que “a verdadeira “política social” seria, na verdade, a política econômica (que promove as reformas de orientação mercadológica, que no longo prazo seriam capazes de incluir todos)” (KERSTENETZKY, p. 568, 2006).

regressões na cidadania, que nas palavras de Fagnani (2005), foram contrarreformas liberais e conservadoras nos rumos da política social federal¹⁰.

Em função dos ajustes fiscais realizados em virtude da busca por estabilidade econômica do período, os gastos sociais foram atingidos de modo que se passou a ter desvios das receitas a estes destinadas visando a obtenção de superávits primários por meio da criação de um Fundo Social de Emergência (FSE), tendo seu nome trocado por Fundo de Estabilização Fiscal (FEF). Isso se perdurou durante os governos Sarney (1985-1990), Collor (1990-1992) e Itamar Franco (1992-1994) (DRAIBE, 2003).

Nos períodos de 1995–1998 e 1999–2002, quando Fernando Henrique Cardoso esteve no governo como presidente, Gentil (p. 132, 2006) relata que,

a legislação social foi sendo modificada subterraneamente, num longo percurso, como se os direitos conquistados fossem ilegítimos e ameaçassem a ordem econômica de uma nova era que precisava mudar o padrão universalista e inclusivo da seguridade social brasileira.

No fim da década de oitenta e início da década de noventa, “a reforma da previdência foi apresentada como uma das medidas fundamentais para o ajuste fiscal das economias latino-americanas e para a recuperação de suas combalidas economias” (GENTIL, p. 133, 2006). Assim, em 1998, este pilar da Seguridade Social passou por uma reforma. Segundo Draibe (2003), as principais mudanças provenientes desta foram:

mudanças nos critérios de elegibilidade, pela determinação da idade mínima para as aposentadorias e substituição do conceito de “tempo de serviço” por “tempo de contribuição”; mudanças nas aposentadorias proporcionais e de quase todas as especiais; unificação dos regimes especiais de servidores públicos e supressão dos auxílios assistencialistas (auxílio-natalidade, auxílio-funeral e renda mensal vitalícia) (DRAIBE, 2003, p. 84).

De acordo com Fagnani (2005), o desmonte da implementação do processo de desenvolvimento com inclusão social veio acompanhado pelo viés de focalização das políticas de transferência de renda e pela maior preocupação política com a economia e com o mercado, colocando em segundo lugar as questões sociais.

Em relação a alguns acontecimentos deste período, destaca-se a criação do Benefício de Prestação Continuada (BPC), em 1996, com o objetivo de transferir renda

¹⁰ Ver mais em FAGNANI, Eduardo. Política Social no Brasil (1964-2002): entre a cidadania e a caridade. Tese de doutoramento. Campinas: UNICAMP - Instituto de Economia, 2005, p. 377-537.

para idosos carentes e pessoas portadoras de deficiências físicas. Também foi implantada no Brasil uma forte carga de institucionalidade referente à criação do Conselho Nacional de Assistência Social, Fundo Nacional da Assistência Social, conselhos e fundos municipais e estaduais. Em paralelo, foi implementado no primeiro mandato o Programa Comunidade Solidária e no segundo, o Programa Comunidade Ativa, o Projeto Alvorada e a Rede de Proteção Social, ambos com um objetivo central: o combate à pobreza. Dada a evolução do Projeto Alvorada, foi constituído um novo programa, a Rede Social Brasileira de Proteção Social¹¹, “concebida como um conjunto de transferências monetárias a pessoas ou famílias de mais baixa renda, destinado a protegê-las nas distintas circunstâncias de risco e vulnerabilidade social” (DRAIBE, 2003, p. 88).

Posteriormente aos oito anos do governo Fernando Henrique Cardoso, Luiz Inácio Lula da Silva assume a Presidência da República. De acordo com Barbosa e Souza (2010), o primeiro ano do governo petista caracterizou-se por uma continuidade do modelo liberal-conservador do governo anterior, dado por ajustes macroeconômicos, pois o quadro inicial do governo contava com uma expressiva desvalorização cambial, alta inflação e busca por superávits primários com o objetivo de mostrar aos agentes financeiros o comprometimento do governo com o equilíbrio fiscal.

Posteriormente, e mais especificamente a partir do ano 2004, a política econômica de Lula passou a ter cunho social-desenvolvimentista havendo melhor conjugação entre os objetivos econômicos e sociais ao passo que a economia cresceu e distribuiu renda (BELLUZZO, 2013). Com isso, a dinâmica econômica se recuperou e começou a ser próspera, devido à fatores externos e internos, como: a dinâmica do mercado mundial de modo que estimulou as exportações, a política de valorização do salário mínimo¹², a elevação das transferências de renda e expansão do crédito.

Das políticas sociais instituídas no governo Lula pode-se destacar: a criação do Estatuto do Idoso, do Programa Fome Zero, Programa Bolsa Família, reformas na Previdência Social, criação do Programa Universidade Para Todos (ProUni), regulamentação do Sistema Único da Assistência Social (SUAS), Programa Minha Casa, Minha Vida, Programa Farmácia Popular, inclusão do trabalhador doméstico não

¹¹ Essa rede se formava por tais programas: bolsa-escola, bolsa-alimentação, Programa de Erradicação do Trabalho Infantil, Programa do Agente Jovem, Bolsa-Qualificação, Benefício-Mensal ao Idoso, Benefício-Mensal aos portadores de deficiência, Renda Mensal Vitalícia, Bolsa-Renda, Auxílio-gás, Aposentadorias Rurais, Abono Salarial PIS/Pasep e Seguro-desemprego.

¹² Tal política segue uma regra anual de reajuste para o salário mínimo que corresponde ao reajuste pela inflação do ano anterior – em função do Índice Nacional de Preços ao Consumidor (INPC) – e pelo crescimento do Produto Interno Bruto (PIB) dos dois anos anteriores (DIEESE, 2014).

remunerado na previdência, ampliação da obrigatoriedade da educação de 8 para 9 anos com o ingresso aos 6 anos de idade, Plano de Desenvolvimento da Educação e Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais

Kerstenetzky (2012) relata que, em linhas gerais, o Brasil obteve um crescimento expressivo baseado, em considerável parte, na expansão das políticas e dos gastos sociais, principalmente se tratando das transferências governamentais e da valorização do salário-mínimo, gerando resultados expressivos em relação à queda da pobreza e da desigualdade¹³. Mediante a esse contexto, a autora relata que as mudanças acarretadas no período ocasionam em dois grupos de políticas: “políticas sociais economicamente orientadas” e “políticas econômicas socialmente orientadas”.

Em relação ao primeiro grupo, os resultados são dados pela expansão dos programas de transferência de renda – postura mais ativa do governo sobre o combate à pobreza – e à política de valorização do salário mínimo. Sobre os programas de transferência de renda, são incluídas as aposentadorias dos trabalhadores no setor privado, urbano e rural, o Benefício de Prestação Continuada, seguro-desemprego, abono salarial e programa que merece ser tratado aqui em específico, o Bolsa Família (PBF) (KERSTENETZKY, 2012).

O segundo grupo “trata-se das políticas macro e microeconômicas que foram moduladas por impactos sociais antecipados” (KERSTENETZKY, p. 237, 2012). Dentre as quais, é válido destacar: o aumento na oferta de crédito e a tendência à queda da taxa de juros, o que proporcionaram a população a inclusão financeira, possibilidade de conquistar a casa própria, estímulo a agricultura familiar e acesso a bens duráveis de consumo para as classes populares; novas regras no cálculo do superávit primário em 2007, favorecendo descontos de investimentos governamentais do PAC (Programa de Aceleração do Crescimento); correção da tabela do Imposto de Renda da Pessoa Física, o que melhorou a distribuição de renda em favor da classe média; corte de impostos indiretos sobre o trigo e derivados em do aumento dos preços internacionais mediante à crise de 2008; expansão de investimento do setor público e do setor privado induzidos em infraestrutura social (sobretudo em habitação popular e saneamento); simplificação tributária em favor da formação de negócios e geração de empregos, principalmente para microempreendedores junto com contribuintes facultativos; desonerações fiscais

¹³ Entre 2003 e 2011, o coeficiente de Gini reduziu de 0,576 para 0,523. A extrema pobreza teve queda de 8% para pouco mais de 3% da população, e a pobreza recuou de 16% para 6% (SOUZA; OSÓRIO, 2014).

anticíclicas em função da crise internacional; e a política de sustentação dos gastos subnacionais do ano de 2009 (KERSTENETZKY, 2012).

Assim, é possível caracterizar tal governo como aquele que, desde a implementação da Constituição Federal de 1988, foi o que teve maior grau de preocupação e intervenção nas políticas sociais brasileiras.

2.4. OS TRÊS PILARES DA SEGURIDADE SOCIAL

Como já mencionado, a partir da Constituição de 1988, novas modificações foram introduzidas na política social brasileira por motivos de transformações políticas, sociais e econômicas. Deste modo, instaurou-se o conceito de Seguridade Social, formando uma rede de proteção que abrange a previdência social, a assistência social e a saúde mediante a iniciativa dos órgãos públicos. Assim, esta seção tem como objetivo fazer uma reflexão sobre essas três áreas.

2.4.1. PREVIDÊNCIA SOCIAL

Segundo SENAC NACIONAL (2004), a Previdência Social corresponde a um seguro social destinado ao segurado-contribuinte quando o mesmo se encontra em condições adversas como a doença, acidente de trabalho, maternidade, morte, velhice ou reclusão. Qualquer pessoa pode ter direito ao seguro, desde que contribua para a Previdência Social. A contribuição pode ser facultativa, em caso de o indivíduo não exercer atividade remunerada, como por exemplo, os estudantes maiores de 16 anos e as donas de casa. E também pode ter caráter obrigatório que destina a “todos os trabalhadores urbanos e rurais que exercem atividades remuneradas não sujeitas a regime próprio de previdência social (dos servidores públicos), a partir dos 16 anos de idade” (SENAC NACIONAL, 2004, p. 7) que se enquadram nas categorias de empregados com carteira assinada, trabalhadores avulsos, domésticos, contribuintes individuais – empresários e autônomos – e especiais¹⁴ – trabalhadores rurais em regime de economia familiar.

¹⁴ O termo “Segurado Especial” foi inaugurado pela Lei n.º 8.213/91. Estão nesta categoria: o produtor, o parceiro, o meeiro e o arrendatário rurais, o pescador artesanal e o assemelhado. De modo que estes exerçam atividades individuais, em regime de economia familiar ou com auxílio de terceiros.

Para os segurados com carteira assinada, a contribuição é descontada do salário e também paga pelos patrões, e para os segurados facultativos e autônomos, fica a cargo dos mesmos o recolhimento por conta própria.

O Sistema Previdenciário Brasileiro é composto por três componentes principais: o Regime Geral de Previdência Social (RGPS), o qual possui a maior rede de beneficiários e que cobre os trabalhadores da iniciativa privada e é administrado pelo Instituto Nacional do Seguro Social (INSS); os Regimes Próprios de Previdência dos Servidores Públicos (RPPS), dirigidos pelos três entes federativos; e o Regime de Previdência Complementar, dirigidos por entidades fechadas (fundos de pensão) ou abertas (bancos e seguradoras).

Segundo ZANGHELINI (2009), a previdência não possui somente como objetivo a garantia de proporcionar ao segurado a aposentadoria quando pararem de trabalhar. Ela é um pilar da política social que possui treze benefícios e serviços diferentes oferecidos aos segurados. Os benefícios são: aposentadoria por idade¹⁵, aposentadoria por tempo de contribuição, aposentadoria por invalidez, aposentadoria especial, pensão por morte, salário maternidade, salário família, auxílio doença, auxílio acidente de trabalho e auxílio reclusão. E os serviços: perícia médica, reabilitação profissional e serviço social.

Dos benefícios citados acima, as aposentadorias, o auxílio doença e o salário-maternidade de contribuinte individual ou facultativa constituem benefícios que possuem período de carência, ou seja, uma quantidade mínima de contribuições mensais que é exigida para garantir os direitos do segurado em relação ao seu recebimento. E o restante dos benefícios não possuem período de carência.

Cabe destacar também a função redistributiva da Previdência Social, a qual atua segundo a lógica de solidariedade social. Na Previdência, a solidariedade se caracteriza através do financiamento de gerações, por ser um sistema que estabelece a contribuição direta do segurado para a aquisição de um benefício futuramente. De acordo com essa lógica, uma geração ativa no mercado de trabalho, ao contribuir para a previdência social está financiando as gerações passadas, que estão inativas. Futuramente, esta geração terá os seus benefícios garantidos pelas novas gerações que virão, e assim, sucessivamente (FAGNANI, 2005).

Essa lógica pode levar a problemas de financiamento em períodos de mudança da estrutura demográfica da população, no sentido de que o envelhecimento da população

¹⁵ Trabalhador rural: 60 para o homem e 55 para as mulheres. Trabalhador urbano: 65 para os homens e 60 para as mulheres.

causa pressões sobre o sistema previdenciário pondo em risco não só a segurança financeira dos idosos, como também o próprio crescimento econômico e as contas fiscais.

Essa questão trouxe no desenvolvimento histórico da previdência social, acontecimentos referentes à reforma deste sistema como meio de solução do problema, porém, a questão é que, a outra via de solução também pode ser encontrada no aumento da inserção no mercado de trabalho formal ao passo que haverão mais contribuintes para o sistema (SIMÕES, 1997)

2.4.2. ASSISTÊNCIA SOCIAL

De acordo com o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, Secretaria Nacional de Assistência Social (MDS/SNAS, 2004), a partir da CF/1988, a assistência social passa a ser incluída na Seguridade Social, regulamentada pela Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) e reconhecida como política pública.

Em conformidade com o artigo primeiro da LOAS:

A assistência social, direito do cidadão e dever do Estado, é Política de Seguridade Social não contributiva, que provê os mínimos sociais, realizada através de um conjunto integrado de ações de iniciativa pública e da sociedade, para garantir os direitos às necessidades básicas. (BRASIL, Lei nº 8742, de 7 de dezembro de 1993)

A assistência social é caracterizada como uma política de proteção social e possui dois segmentos: “o de suprir sob dado padrão pré-definido um recebimento e o de desenvolver capacidades para maior autonomia” (MDS/SNAS, p. 10, 2004). Assim, MDS/SNAS (2004, p. 10) ainda destaca que,

ela é aliada ao desenvolvimento humano e social e não tuteladora ou assistencialista, ou ainda, tão só provedora de necessidades ou vulnerabilidades sociais. O desenvolvimento depende também de capacidade de acesso, vale dizer da redistribuição, ou melhor, da distribuição dos acessos a bens e recursos; isto implica em um incremento das necessidades de famílias e indivíduos.

É válido ressaltar que, diferentemente da Previdência Social, a Assistência Social garante o direito a todos que dela necessitam, porém sem contribuição prévia. Ela se faz necessária em contextos de precariedade das condições de vida em relação ao crescente

nível de desemprego, informalidade, violência, fragilização dos vínculos sociais e familiares, exclusão social e exposições de famílias e indivíduos ao risco e vulnerabilidades (MDS/SNAS, 2004). Deste modo, possui como objetivos:

prover serviços, programas, projetos e benefícios de proteção social básica e, ou, especial para famílias, indivíduos e grupos que deles necessitem; contribuir com a inclusão e a equidade dos usuários e grupos específicos, ampliando o acesso aos bens e serviços socioassistenciais básicos e especiais, em áreas urbana e rural; assegurar que as ações no âmbito da assistência social tenham centralidade na família, e que garantam a convivência familiar comunitária (MDS/SNAS, 2004, p. 27).

Os projetos e programas gerados no âmbito da assistência social são executados pelas três esferas governamentais e articulados dentro do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), que organiza e define os fatores caracterizados como essenciais para o funcionamento da política de assistência social, ou seja, é um sistema que coloca em prática o conteúdo da LOAS, ao passo que proporciona “a normatização dos padrões nos serviços, qualidade no atendimento, indicadores de avaliação e resultado, nomenclatura dos serviços e da rede socioassistencial” (MDS/SNAS, 2004, p. 33).

Ressaltados o conceito e os objetivos da assistência social, é importante agora relatar sobre os dois pilares dessa política de proteção social no Brasil: o Benefício de Prestação Continuada e o Programa Bolsa Família. Tais programas de transferência de renda serão tratados com mais afinco nas próximas sessões.

2.4.2.1. BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA

O Benefício de Prestação Continuada¹⁶ constitui um benefício assistencial destinado a idosos e deficientes que não possuem meios de garantir sua própria sobrevivência ou tê-la fornecida pela sua família. Para serem elegíveis, os idosos devem ter idade mínima de 65 anos e renda mensal bruta familiar *per capita* inferior a ¼ do salário mínimo vigente. Já a pessoa com deficiência é elegível em qualquer idade possuindo impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou

¹⁶ Com o encerramento do benefício da renda mensal vitalícia, foi vigorado o Benefício de Prestação Continuada (BPC) que mesmo estando previsto em lei desde a CF/1988, passou a ser regulamentado pela LOAS apenas em 1993 e pelas Leis nº 12.435, de 06/07/2011 e nº 12.470, de 31/08/2011 que modificaram os dispositivos da LOAS e pelos Decretos nº 6.214/2007 e 6.564/2008. (PENALVA; DINIZ; MEDEIROS, 2010; BRASIL, s. d.)

sensorial, possuindo também renda mensal bruta familiar inferior a $\frac{1}{4}$ do salário mínimo vigente (BRASIL, s. d.).

Este benefício da Assistência Social é individual, não vitalício, intransferível e possui o valor de um salário mínimo. Além disso, o BPC “não é aposentadoria e nem pensão e não dá direito ao 13º pagamento” (BRASIL, s. d., p. 5).

2.4.2.2. PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA

O PBF foi um programa instituído em outubro de 2003 e contou com a unificação dos programas de renda condicionada em vigor: PETI, Bolsa Escola, Bolsa Alimentação, Cartão Alimentação e Auxílio Gás.¹⁷ “Tal programa consiste na transferência de renda para famílias em extrema pobreza e tem como principais condições para acesso ao benefício o acompanhamento da nutrição, da saúde, e da frequência escolar das crianças das famílias atendidas” (BARBOSA & SOUZA, 2010, p. 7).

É um programa focalizado, ou seja, é um programa que possui um orçamento definido e tem como objetivos o fornecimento à inclusão social de inúmeras famílias brasileiras situadas em situação de miséria, ocasionando um alívio no contexto de pobreza e fome através de concessões de benefícios monetários. Mais do que isso, o programa também tem como princípio gerar uma melhora nas áreas de saúde, educação e assistência social de modo a garantir a oferta dos serviços e o acesso da população beneficiária a elas (CAMPELLO, 2013).

Segundo o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), os elegíveis a esse benefício são as famílias brasileiras que vivem em situação de pobreza e extrema pobreza. De forma mais detalhada, são famílias com renda *per capita* de até R\$ 77,00 mensais e famílias com renda *per capita* entre R\$ 77,01 e R\$ 154,00 mensais, possuindo na composição familiar crianças ou adolescentes de 0 a 17 anos. A família que se encaixar nesses critérios deverá se inscrever no Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal (CadÚnico) e a partir das informações da família repassadas ao CadÚnico e às regras do programa, a família torna-se selecionada para receber o

¹⁷ Vale ressaltar que anterior à implementação do Programa Bolsa Família, o Governo Lula criou o Programa Fome Zero, e este também fora integrado junto com outros programas para a formação do Bolsa Família (BARBOSA; SOUZA, 2010).

benefício¹⁸. Vale ressaltar que a concessão do mesmo dependerá do número de famílias já atendidas, pois o orçamento destinado ao PBF precisa ser respeitado.

Outro ponto importante incorporado nos objetivos do PBF são as condicionalidades, que de acordo com o MDS, correspondem aos compromissos assumidos pelas famílias beneficiárias nas áreas de: saúde e educação¹⁹. As três esferas do governo trabalham juntas com o acompanhamento dos compromissos do PBF. O objetivo concerne à ampliação do acesso dos cidadãos aos seus direitos sociais básicos de modo a romper com o ciclo de reprodução da pobreza. Cabe ao poder público garantir oferta e qualidade destes serviços. A família que descumprir as condicionalidades estará sujeita a suspensões e até mesmo ao bloqueio do benefício.

2.4.3. SAÚDE

Segundo Fleury e Ouverney (2008), a política de saúde compõe um dos pilares da política social porque se caracteriza como uma política responsável pela reprodução dos indivíduos e da coletividade.

O entendimento da saúde como um direito concerne ao fato de que a mesma é um dever governamental e tem como princípio o acesso universal, igualitário e garantia à integralidade. Tais características resultam no fato de que há “solidariedade social e o compromisso da sociedade com o respeito ao atendimento das necessidades de saúde, independentemente de condições pessoais, econômicas e sociais” (PIOLA et al, 2011, p. 112).

¹⁸ Em relação aos benefícios, os mesmos variam, de modo que depende do número de pessoas, idade, presença de gestantes e da renda na família. Há o benefício básico no valor de R\$ 77,00 destinado somente às famílias em situação de extrema pobreza com renda per capita até R\$ 77,00; os benefícios variáveis no valor de R\$ 35,00 cada um – podendo ser até cinco por família – destinado às famílias que possuem em sua composição criança ou adolescente com idade entre 0 e 15 anos, gestante e vinculado à nutriz, tendo a família uma renda per capita de até R\$ 154,00; o benefício variável vinculado ao adolescente no valor de R\$ 45,00, – até dois por família – destinado à família que possui em sua composição adolescentes entre 16 e 17 anos e; benefício para superação da extrema pobreza, em valor calculado individualmente para cada família, concedido para as famílias que possuem renda mensal per capita inferior a R\$ 77,00, mesmo recebendo benefícios de outros programas, assim, o valor do benefício é calculado de acordo com a renda e quantidade de pessoas na família garantindo que ultrapasse o piso de R\$ 77,00 per capita (MDS).

¹⁹ Na área da saúde, as crianças menores de 7 anos devem estar com a carteira de vacinação em dia e devem ter acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento e as gestantes devem fazer o pré-natal e comparecer às consultas na Unidade de Saúde. Na educação, as crianças e adolescentes com faixa etária de 6 a 17 anos devem estar na escola possuindo frequência escolar de, no mínimo, 85% das aulas para crianças e adolescentes de 6 a 15 anos e de 75% para jovens de 16 a 17 anos, todos os meses (MDS).

Dentre os avanços gerados pela CF/88 nesta área, destacam-se instauração do Sistema Único de Saúde (SUS). Este sistema gerou uma das mudanças mais relevantes da saúde brasileira ao passo que possui o princípio da universalização da cobertura e do atendimento. Esse fato é o que mais diferencia o novo sistema em relação ao passado, garantindo o acesso universal e igualitário a toda a população (CASTRO; RIBEIRO, 2009). A princípio, O SUS se configura como a maior política social brasileira em número de beneficiários, uma vez que seu público alvo potencial abrange toda a população.

Apesar de ter sido definido na Constituição de 1988, o SUS, somente foi regulamentado pela lei 8.080 em 19 de setembro de 1990. Tal sistema é definido pelo artigo 196 da Constituição de 1988 da seguinte forma:

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 do governo;
- II. Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III. Participação da comunidade

Parágrafo único – o sistema único de saúde será financiado, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes.

O contexto acima evidencia o SUS como um modelo de saúde destinado a atender as necessidades da sociedade ao passo que também resgata o compromisso e a responsabilidade do Estado com o bem-estar social. O sistema é idealizado por um “conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas e federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público” (POLIGNANO, s. d., p. 23) e fica a cargo da iniciativa privada a participação complementar.

Polignano (s. d.) relata que o SUS possui três princípios doutrinários: universalidade, equidade e integralidade. O primeiro refere-se ao fato de que o acesso ao serviço é direito de todos; o segundo garante igualdade no oferecimento do serviço sem preconceitos e privilégios; o terceiro “significa considerar a pessoa como um todo, devendo as ações de saúde procurar atender à todas as suas necessidades” (POLIGNANO, s. d., p. 23).

Como resultado desde a sua implementação, segundo (PIOLA et al, 2011), o SUS ocasionou diversos avanços na área sanitária, porém, alguns desafios precisam ser alcançados de modo a gerar melhorias no quadro sanitário. Os resultados se referem à

expansão da rede assistencial, à cobertura dos serviços de saúde, redução da mortalidade infantil e controle de doenças.

2.4.4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise realizada neste capítulo se preocupou em demonstrar a importância do sistema de proteção social, capaz de assegurar o bem-estar de indivíduos imersos no progresso do sistema capitalista, potencialmente gerador de desigualdades.

No Brasil, o início deste processo foi dado a partir da década de 1930 e a partir daí, enfrentou momentos de retrocessos e avanços. Durante as décadas posteriores aos anos 30, ganhou características de um sistema de proteção social de estratificação social, com base no seguro social caracterizado por alicerces meritocráticos-particularistas e também com caráter clientelista. Porém, foi a partir da Constituição Federal de 1988 que mudanças significativas no âmbito social foram instituídas. A Seguridade Social aproximou as políticas sociais brasileiras do modelo redistributivista, ao instituir bases de universalidade e solidariedade, buscando assim, a redução de desigualdades e inclusão social.

Porém, a década de 1990, imersa na onda neoliberalizante (ANDERSON, 1995) impediu a vivência dos avanços sociais trazidos pela Constituição de 1988, além de ter gerado o desmonte do precário Estado de bem-estar social vigente até então, resultando em retrocesso no sistema de proteção social brasileiro. Porém, no ano de 2004, que a política econômica passou por transformações e progressos ao passo que objetivos econômicos e sociais foram tratados de maneira conjunta.

A Seguridade Social, aqui tratada com maior veemência, foi instituída como o núcleo da política social brasileira. Ela incorpora políticas sociais que, anteriormente à sua criação, eram isoladas. Essas políticas constituem seu tripé, formado pela previdência social, assistência social e saúde. E assim, forma-se a rede central de proteção social brasileira.

3. GASTO PÚBLICO COM SEGURIDADE SOCIAL NO BRASIL

3.1. INTRODUÇÃO

A atuação do gasto social no Brasil compõe um fator de suma importância no contexto da sociedade brasileira em função de sua composição, financiamento e de seu impacto nas desigualdades sociais. Ele pode possuir diversas definições, podendo ser considerado tanto na perspectiva de gastos públicos, das famílias, do setor privado e das organizações não governamentais, obtendo-se assim, o gasto social total (RIBEIRO; FERNANDES, s/d).

Porém, no presente trabalho, a metodologia incorporará apenas o conceito do gasto público social, de modo a evidenciar a promoção de bem-estar social, igualdade de oportunidades, combate à pobreza e inclusão social. Nele estão inseridos os gastos sociais das três esferas do governo: União, estados e municípios.

O gasto público social, além da assistência, previdência e saúde, também engloba outras áreas, como: Educação e Cultura; Alimentação e Nutrição; Saneamento e Proteção ao Meio Ambiente; Previdência; Assistência Social; Emprego e Defesa do Trabalhador; Treinamento de Recursos Humanos; Organização Agrária; Ciência e Tecnologia; Habitação e Urbanismo; e Benefícios a Servidores. Porém, como este trabalho trata do gasto público com a Seguridade Social (GPSS), o gasto aqui analisado irá abranger apenas as áreas de saúde, assistência e previdência, sendo essas, consideradas desde a Constituição Federal de 1988, como direito da população e dever do Estado, além de representarem a maior parte do gasto público social, junto da educação.

O objetivo deste capítulo é analisar a trajetória do GPSS brasileiro de 2003 a 2013. Assim, contando com considerações metodológicas acerca dos dados utilizados e do processo metodológico, será realizado um levantamento do gasto público social nas áreas de saúde, previdência e assistência para as três esferas do governo, além de analisar também a composição deste gasto em termos *per capita*, em relação ao gasto público total e também em relação ao PIB.

3.2. CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS

Neste capítulo, o banco de dados da Secretaria do Tesouro Nacional (STN) é a principal fonte para analisar os gastos públicos primários sociais das três esferas do governo, dado que a mesma disponibiliza, em seu site, através de séries históricas de consolidação das contas públicas, informações sobre o gasto público dos municípios, dos estados e da União. A partir disso, alguns pontos aqui serão evidenciados para que não haja qualquer tipo de equívocos na interpretação desses dados a fim também de obter-se um processo metodológico claro.

Em primeiro lugar, é válido ressaltar que os dados são disponibilizados por funções, ou seja, estão inclusos nos mesmos, além dos gastos de finalidade social, os gastos administrativos e benefícios previdenciários e assistenciais. Além disso, os gastos administrativos são também alocados nas funções e subfunções.

Em segundo lugar, um ponto importante refere-se à dificuldade de agregação dos gastos da União, dos municípios e dos estados com a finalidade de se obter o gasto social total. Tal problema concerne à falta de detalhamento dos dados ao passo que só é possível ter informações sobre a transferência total de recursos entre as esferas governamentais, mas não há informações sobre o valor dessas transferências realizadas em cada uma das áreas.

As transferências intergovernamentais, resultantes de transferências voluntárias ou negociadas de recursos de uma para outra esfera do governo, fazem parte do orçamento de ambas as esferas, ou seja, da que realizou a transferência e da que a recebeu. Assim, a realização da soma simples do valor do gasto social despendido pelas três esferas do governo terá uma dupla contagem dessas transferências de uma esfera para outra. Logo, é evidente que para chegar ao valor real do gasto social consolidado, o montante das transferências intergovernamentais deve ser descontado (CASTRO ET AL., 2003; GUERREIRO, 2012).

Essa forma de contabilizar dos gastos de cada ente da federação sem desconto das transferências reflete um grande equívoco na consolidação dos gastos de modo que apresentam valores superestimados, por apresentarem dupla contagem. Infelizmente, por motivo de falta de detalhamento dos dados em função de tal problema, nas próximas seções deste capítulo, será utilizada somente a soma simples dos gastos das três esferas do governo, como uma proxy do gasto público com seguridade social total (GUERREIRO, 2012).

Os dados referem-se ao gasto público com seguridade social e os valores se encontram deflacionados para o ano de 2013 – foi feita a deflação média anual – em função do Índice Geral de Preços – Disponibilidade Interna (IGP-DI)²⁰ da Fundação Getúlio Vargas (FGV), adotando metodologia utilizada por Guerreiro (2012) e CASTRO ET. AL. (2009)²¹.

Além do GPSS, as três áreas da Seguridade Social também serão analisados e dentro delas, encontram-se suas respectivas subfunções, as quais representam um nível de agregação inferior à função devendo evidenciar cada área da atuação governamental.

Na função da assistência social, tem-se como subfunções: assistência ao idoso, assistência ao portador de deficiência, assistência à criança e ao adolescente, assistência comunitária e demais subfunções. Na previdência tem-se: previdência do regime estatutário, previdência complementar, previdência especial e demais subfunções. Por último, nas subfunções da saúde, encontram-se: atenção básica, suporte profilático e terapêutico, vigilância sanitária, vigilância epidemiológica, alimentação e nutrição e demais subfunções.

Por fim, cabe ressaltar que também serão utilizados dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), do Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos (DIEESE) e do Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada (IPEADATA) com o objetivo de evidenciar o gasto público social *per capita*, o gasto público social em relação ao PIB e a trajetória de valorização do salário mínimo no período.

3.3. ANÁLISE DO GASTO PÚBLICO BRASILEIRO COM SEGURIDADE SOCIAL: 2003-2013

3.3.1. UMA VISÃO GERAL

O gasto público é caracterizado como um elemento de suma importância para a geração e concessão de bens e serviços sociais para a sociedade. A Seguridade Social

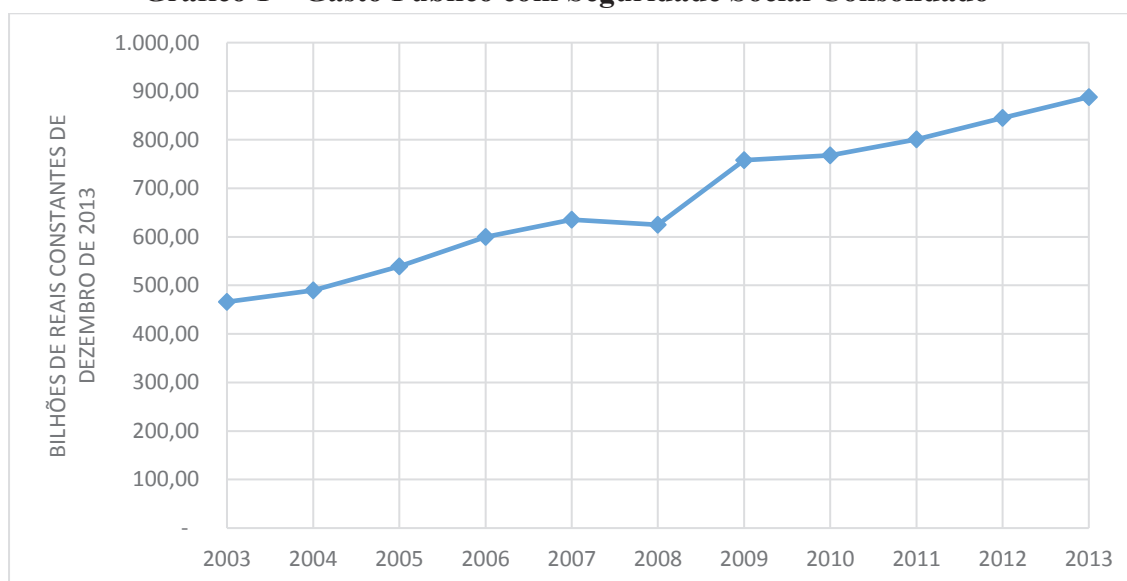
²⁰ Índice calculado pela média ponderada de outros três índices: Índice de Preços no Atacado (IPA), Índice de Preços ao Consumidor (IPC) e o Índice Nacional de Construção Civil (INCC).

²¹ De acordo com Guerreiro (2012) e Castro et al. (2009), por não existir um índice que utiliza em seu cálculo os bens e serviços ofertados e consumidos pelo governo, o mais adequado é o IGP-DI de modo que o governo possui gastos no setor de construção civil com investimentos de infraestrutura, com pagamento dos salários, das aposentadorias e dos benefícios assistenciais, financiando assim, o consumo privado.

compõe o núcleo central do sistema de proteção social brasileiro e, durante o período 2003-2013, de acordo com o gráfico 1²², é notável o aumento do GPSS, que foi de 466 bi em 2003 para 888 bi em 2013. Isso deve-se ao fato de que a política social brasileira, a partir da Constituição Federal de 1988, de um modo geral, amplificou-se e deste modo, ocasionou numa elevação dos direitos sociais.

Porém, esse aumento não se mostrou linear e sua distribuição não foi uniforme em virtude de sua considerável variação entre os anos de 2008 e 2009 como consequência dos efeitos da crise financeira internacional sobre o nível de atividade econômica no Brasil. De modo mais detalhado, o crescimento anual do GPSS chegou a ser de dois pontos percentuais negativos em 2008. Entretanto, em 2009 o mesmo teve um significativo crescimento de vinte e um pontos percentuais – esse salto encontra respostas nas políticas anticíclicas brasileiras de combate à crise (BRASIL, s/d). Vale ressaltar que essa variação, além de ter sido refletida no GPSS total, também foi encontrada nas áreas sociais da Seguridade Social, bem como nos gastos das três esferas governamentais, como será mostrado nas próximas seções.

Gráfico 1 – Gasto Público com Seguridade Social Consolidado



Elaboração Própria.

Fonte: STN (2016).

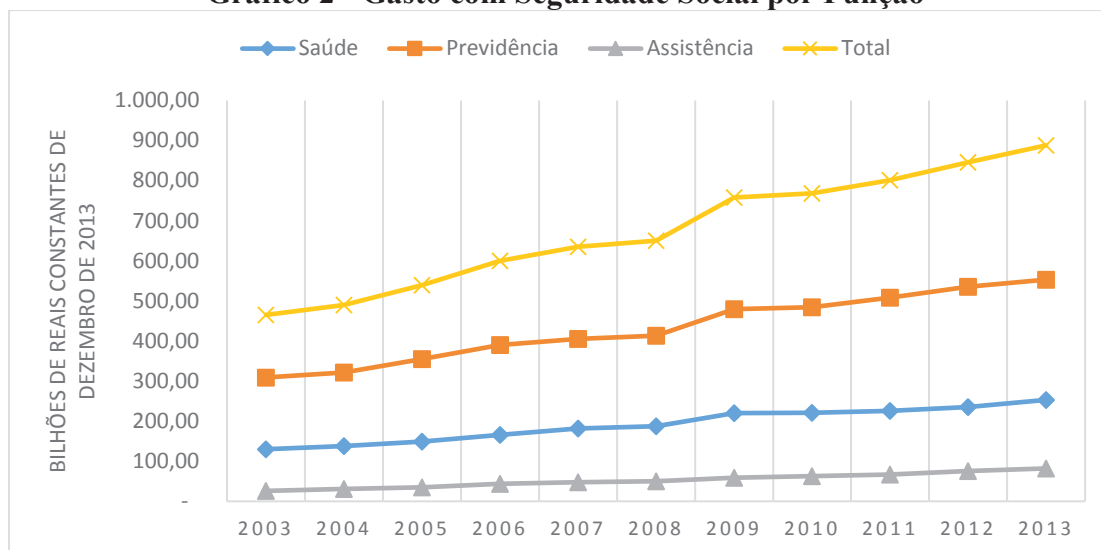
De acordo com o gráfico 2, este aumento, analisado nos segmentos da Seguridade Social, encontra certas características. Primeiramente, o maior gasto despendido foi na

²² Vale ressaltar que tal gráfico corresponde ao somatório dos três pilares da seguridade social brasileira: assistência social, previdência social e saúde. Os dados correspondem ao que foi tratado na seção de Considerações Metodológicas.

área da Previdência Social. O gasto neste pilar teve um crescimento de 79%. no período, ampliando-se de um pouco mais de 309 bilhões em 2003 para um pouco mais de 553 bilhões em 2013. Este contexto pode encontrar explicações no aumento dos números de beneficiários, pela política de valorização do salário mínimo (ver gráfico 3)²³ e também na impossibilidade de corte de gastos.

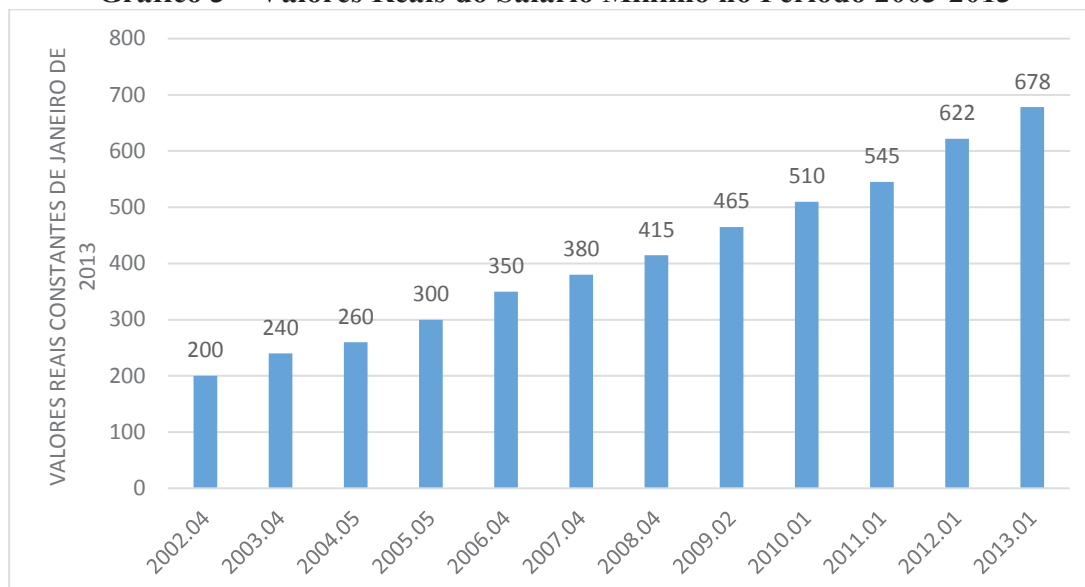
Os outros pilares também tiveram evolução ascendente no período. O gasto com saúde evoluiu de 130 bilhões em 2003 para 253 bilhões em 2013 – em termos percentuais, correspondeu a um crescimento de 95%. - e a assistência passou de 26 bilhões em 2003 para 82 bilhões em 2013, correspondendo a área com maior crescimento, de 215%.

Gráfico 2 - Gasto com Seguridade Social por Função



Elaboração Própria.
Fonte: STN (2016).

²³ Vale ressaltar que o salário mínimo é a base dos benefícios previdenciários, ou seja, quando o salário mínimo aumenta, o gasto público com a previdência social deve aumentar necessariamente. De acordo com o gráfico 3, a política de valorização do salário mínimo foi fortemente ativa no período de modo que o salário mínimo apresentou trajetória crescente. De acordo com os dados do DIEESE (2012), a maior variação real foi em abril de 2006, correspondente à 13,04% e a menor foi de 0,37% em janeiro de 2011. A variação do último ano de análise (janeiro de 2013) correspondeu à 2,73%.

Gráfico 3 – Valores Reais do Salário Mínimo no Período 2003-2013

Elaboração Própria.

Fonte: DIEESE (2012).

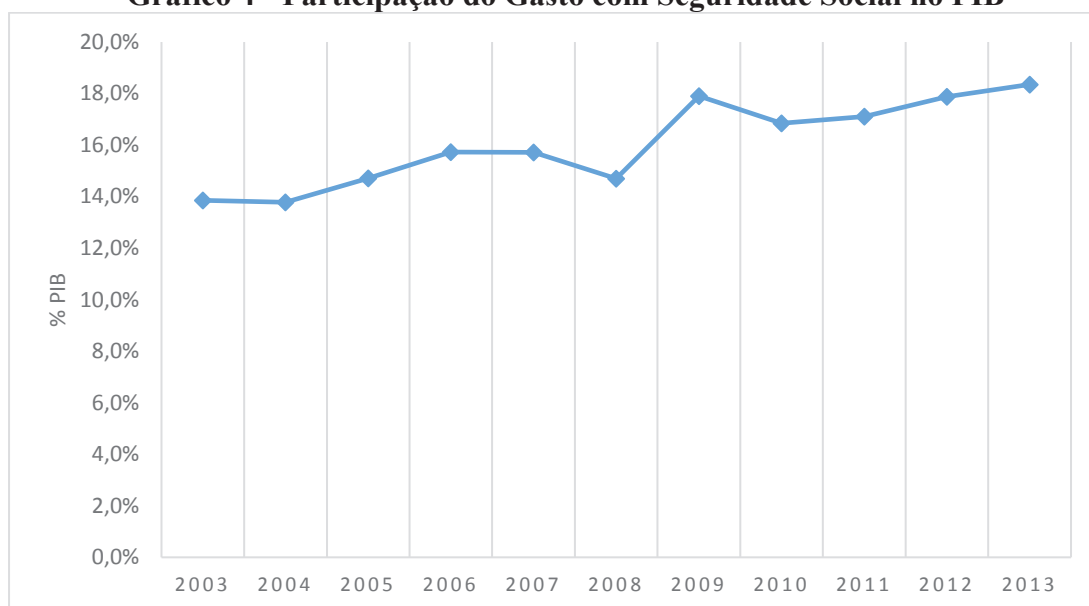
Além das análises feitas acima, outro fator de importante observação é a relação do GPSS com o PIB. Com isso, torna-se plausível a associação entre política social e economia, ao passo em que se nota a proporção do GPSS dentro da economia como um todo. Em outras palavras, “a relevância dos gastos sociais dentro da economia do país” (GUERREIRO, p. 89, 2012). Em linhas gerais, segundo o gráfico 4, houve um aumento de 13,9%. desta relação em 2003 para 18,4% (aumento de 4,5 pontos percentuais). em 2013, contudo, passou por constantes variações no período analisado, de modo que seus períodos de crescimento anuais só foram verificados nos anos seguintes anos: 2005 a 2006, 2009 e 2011 a 2013. Mais uma vez, vale a ressalva sobre o ano de 2009, onde o GPSS/PIB teve um crescimento de 21,7% (3,2 pontos percentuais) em relação ao ano de 2008.

O GPSS *per capita* também obteve trajetória crescente no período – ver gráfico 5. Sua estimação decorre da visualização do quanto as pessoas estão se beneficiando dele, ou seja, esta análise oferece uma medida estimadora do grau de atendimento das necessidades sociais da população, assim como também fornece a dimensão do empenho governamental de promover bens e serviços sociais para o conjunto da sociedade. De acordo com os dados, em 2003 esta relação foi de R\$ 2.632,92 para R\$ 4.416,50 em 2013, um aumento de 68%.

Vale lembrar que o conceito do GPSS *per capita* é resultado da relação entre o GPSS e a população total do país, e não do número de beneficiários de bens e serviços

oferecidos. A finalidade aqui não concerne ao objetivo de evidenciar um parâmetro de indicação de prioridades ou diretrizes, mas sim de apresentar um indicador global apenas.

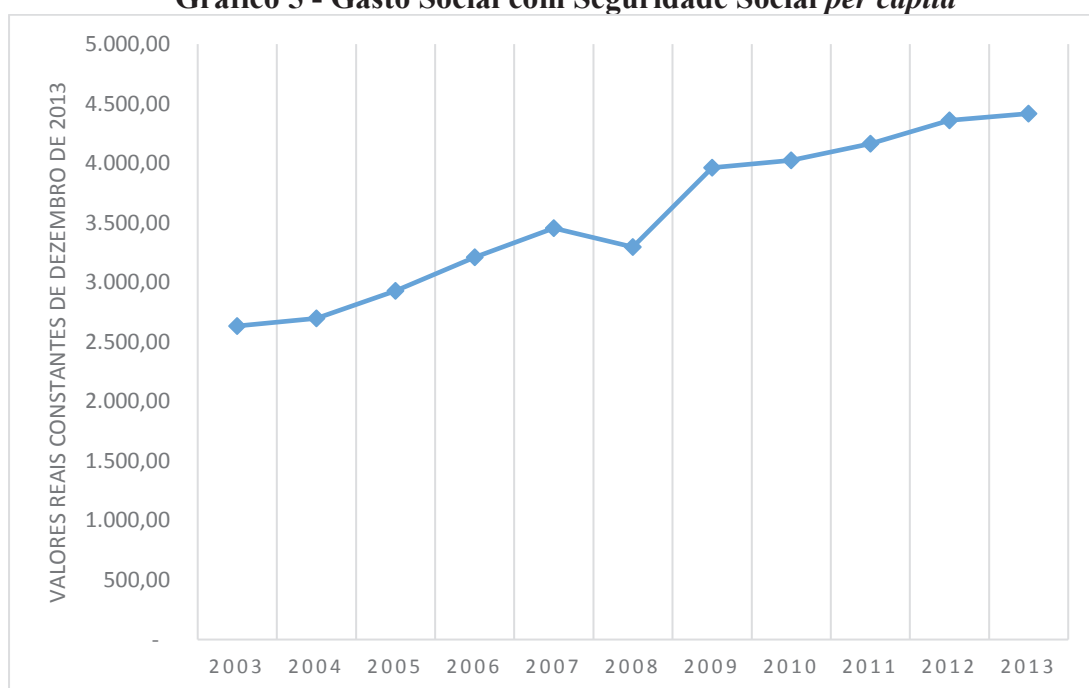
Gráfico 4 - Participação do Gasto com Seguridade Social no PIB



Elaboração Própria.

Fonte: STN (2016); IBGE (2016).

Gráfico 5 - Gasto Social com Seguridade Social *per capita*



Elaboração Própria.

Fonte: STN (2016); IBGE (2016).

O ano de 2003 apresentou um intenso ajuste fiscal em função do “compromisso fiscal” prometido pelo presidente Lula com o intuito de sinalizar o mercado e cumprir com o que fora estipulado na Carta ao Povo Brasileiro (2002), na qual havia o

comprometimento de, primeiramente, não mudar as diretrizes básicas da política econômica que já estava em curso no governo anterior, a realização de superávit primário, o cumprimento do acordo do período com o Fundo Monetário Internacional (FMI) e o pagamento da dívida pública.

Como conclusão esclarecedora para a análise dos dados feitas nesta sessão, a política econômica do período 2003-2013 apresentou um forte objetivo de combate à pobreza e desigualdade, ao passo que este acabou sendo a principal frente de batalha contra a recessão econômica. Não foi à toa que este período apresentou uma orientação de “crescimento econômico com inclusão social”. Isso explica, de certo modo, a trajetória crescente do GPSS. Para melhor detalhamento, Castro e Ribeiro (p. 37, 2012) destacam sobre este período que,

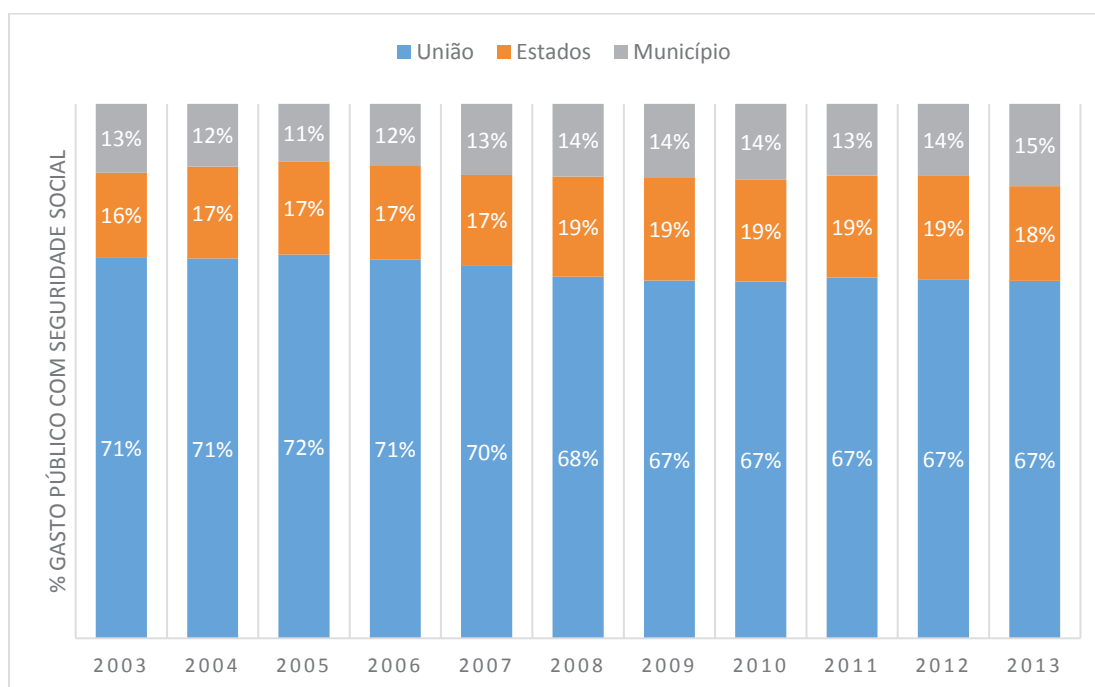
Nesse sentido, merecem destaque: i) a confirmação do aumento real do salário mínimo – por todos os impactos que gera na remuneração dos trabalhadores, dos beneficiários da Previdência Social e do BPC/Loas; ii) a utilização dos instrumentos anticíclicos do seguro-desemprego, previstos em lei; e iii) a expansão do Bolsa Família, que assume a nova meta de atender 13 milhões de famílias. Longe de serem questionadas pelo seu impacto de elevação nos gastos, estas ações na área social foram desde o início compreendidas e defendidas, no âmbito governamental, como instrumentos de superação da crise.

A seguir, será evidenciado como o GPSS apresentado nesta sessão é dividido entre os entes federativos, sendo eles: União, estados e municípios.

3.3.2. AS TRÊS ESFERAS GOVERNAMENTAIS

A partir desta sessão, o objeto de análise será as três esferas governamentais – União, estados e municípios – com o objetivo de avaliar a participação de cada uma no GPSS e também em cada função da Seguridade Social: previdência, assistência e saúde.

Gráfico 6 - Participação das Esferas no Gasto Público com Seguridade Social



Elaboração Própria.
Fonte: STN (2016).

O gráfico acima ilustra a participação que cada esfera governamental possui no GPSS. De acordo com o mesmo, verifica-se que o maior comprometimento e centralização dos gastos com Seguridade Social encontra-se no âmbito da União, sendo responsável por mais da metade dos gastos. Isso pode ser explicado pelo forte peso dos gastos previdenciários, os quais são, por natureza, centralizados no governo federal (como será visto no gráfico 7), além de ser o maior responsável pelos gastos com assistência.

A participação dos estados ficou entre 16 e 19%. no período, tendo variações pequenas e os municípios, com a menor parcela de responsabilidade sobre estes gastos, arcou em média, com 13%.

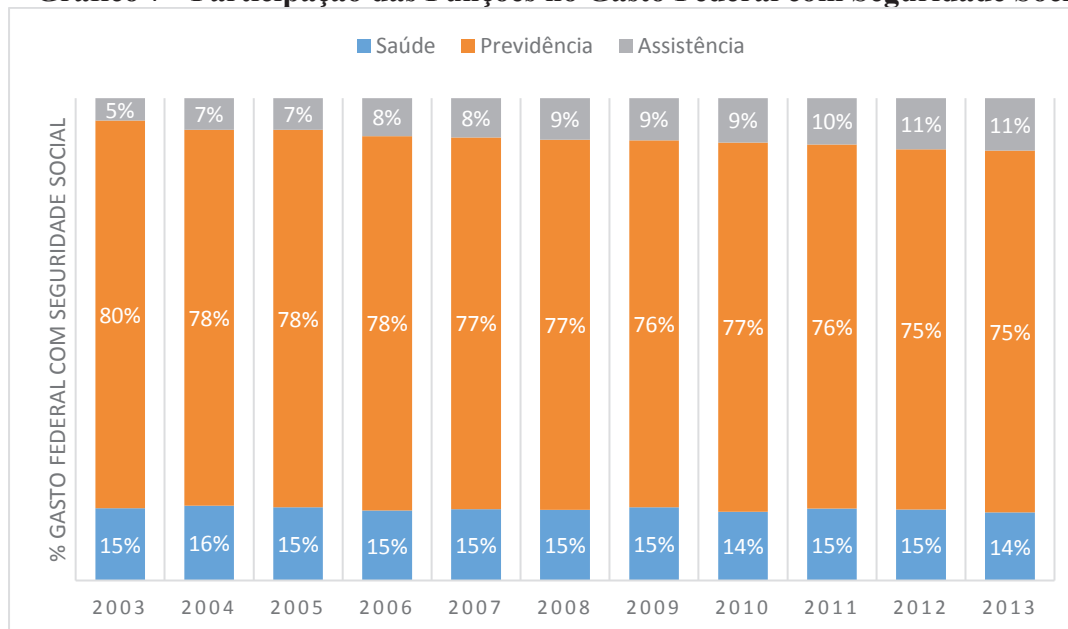
Vale ressaltar também que, durante o período analisado, houve uma pequena descentralização dos gastos, na medida em que observa-se graficamente uma desvinculação deles do orçamento da União em detrimento do orçamento dos estados e dos municípios.

O gráfico seguinte refere-se à participação das funções nos gastos com Seguridade Social da União. A característica é bem parecida com o GPSS total.

Percebe-se que o maior compromisso da União é com a previdência social, mesmo com queda de cinco pontos percentuais no período (80%. em 2003 e 75%. em 2013), seguido dos gastos com saúde – os quais permaneceram constantes, variando apenas entre 15% e 14%. durante o período – e dos gastos com assistência social, que, assim como na

análise do GPSS total, obtiveram uma elevação no período, de 5% em 2002 para 11% em 2013.

Gráfico 7 - Participação das Funções no Gasto Federal com Seguridade Social

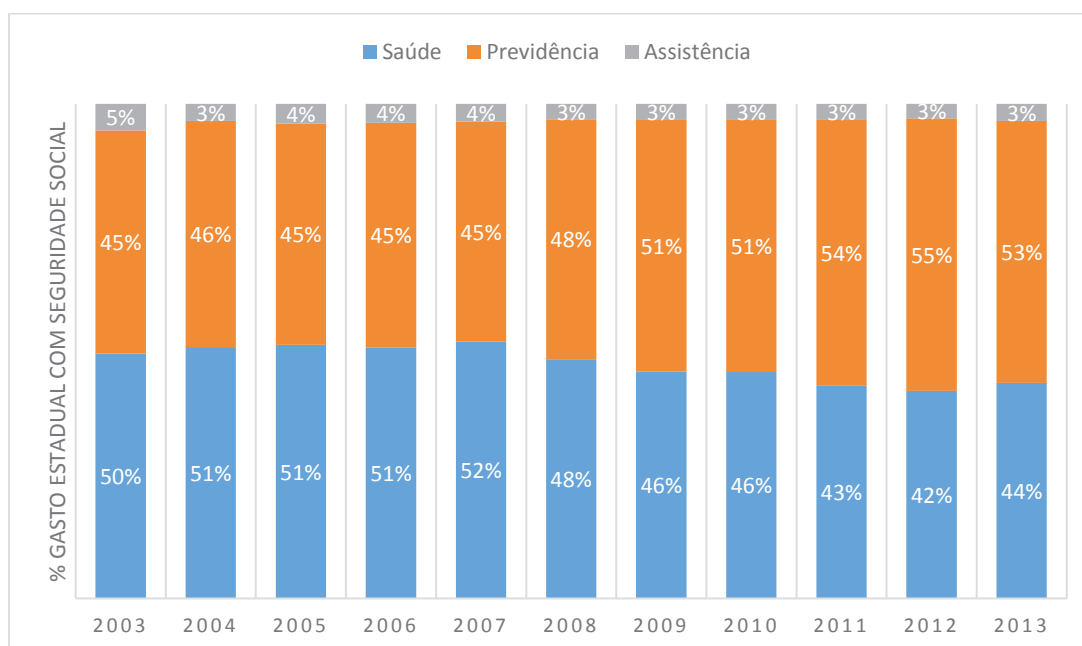


Elaboração Própria.

Fonte: STN (2016).

Atentando-se para o gasto estadual – ver gráfico 8 – há uma considerável mudança em relação à alocação deste com as demais áreas da Seguridade Social. Em 2003, o maior gasto era despendido com saúde (50%) – em detrimento da assistência e previdência –, porém, até o fim do período analisado, esta perspectiva se modifica, ao passo que os estados passam a gastar mais com previdência (53%) e os gastos da saúde ficam em segundo lugar (44%). Sobre a assistência, pouco se gastou nesta área, de modo que os gastos variaram entre 5 e 3% apenas.

Gráfico 8 - Participação das Funções no Gasto Estadual com Seguridade Social

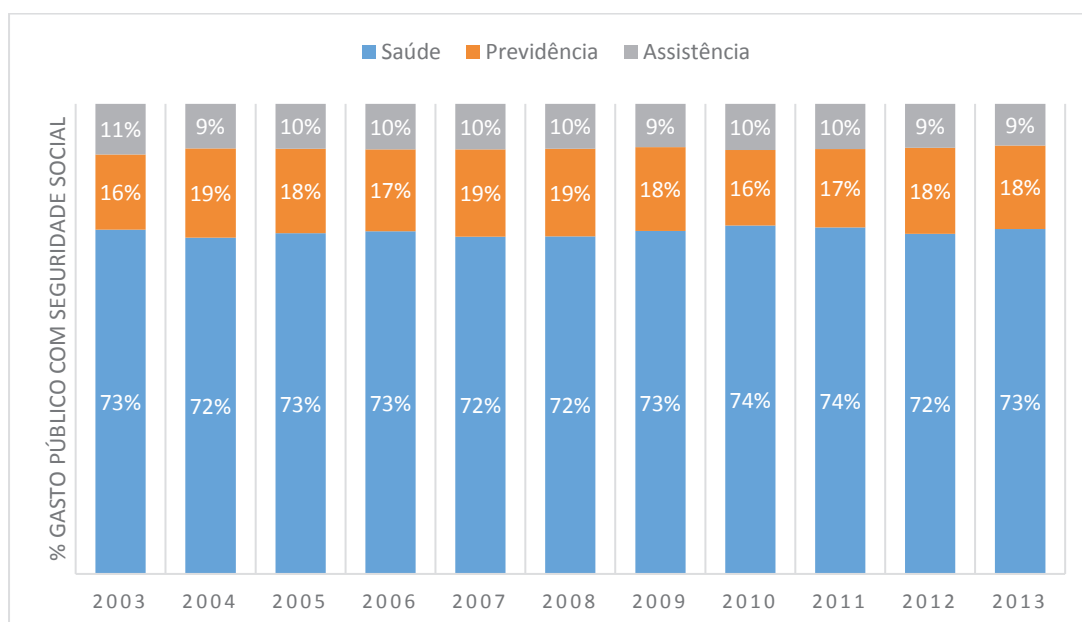


Elaboração Própria.

Fonte: STN (2016).

De acordo com o gráfico 9, sobre os gastos municipais, há uma maior responsabilidade com a saúde, ao passo que a mesma teve mais de 70% de participação em todos os anos do período, além de ter sido um gasto constante, variando apenas entre 72, 73 e 74%. Gastos com previdência corresponderam a 16% em 2003 e fecharam o período com 18%, além de terem variado entre estes números. Em relação aos gastos dos estados, os municípios gastam mais com assistência social, de tal forma que os mesmos corresponderam a valores entre 9 a 11% do orçamento com Seguridade Social no período.

Gráfico 9 - Participação das Funções no Gasto Municipal com Seguridade Social

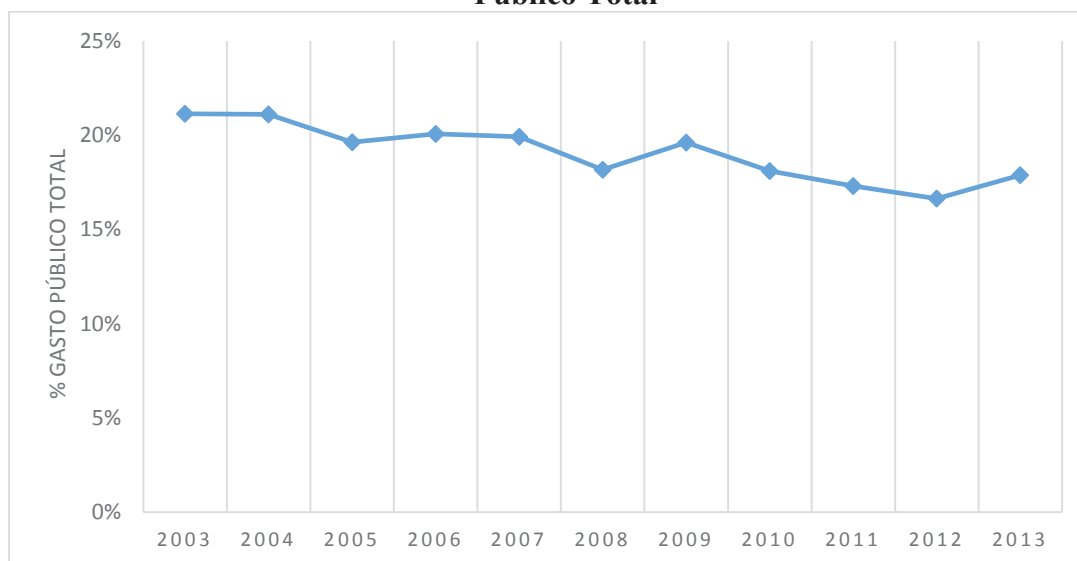


Elaboração Própria.

Fonte: STN (2016).

A última análise desta sessão refere-se à participação do GPSS no Gasto Público Total. Com isso, é permitido verificar se o GPSS perdeu ou ganhou espaço no orçamento público em relação aos demais gastos durante o período, bem como estudar o interesse do setor público nesta área. De acordo com o gráfico 10, essa relação não gerou boas perspectivas no período, pois teve uma queda, ao passo que foi de 21% em 2003 para 18% em 2013.

Gráfico 10 - Participação do Gasto Público com Seguridade Social no Gasto Público Total



Elaboração Própria.

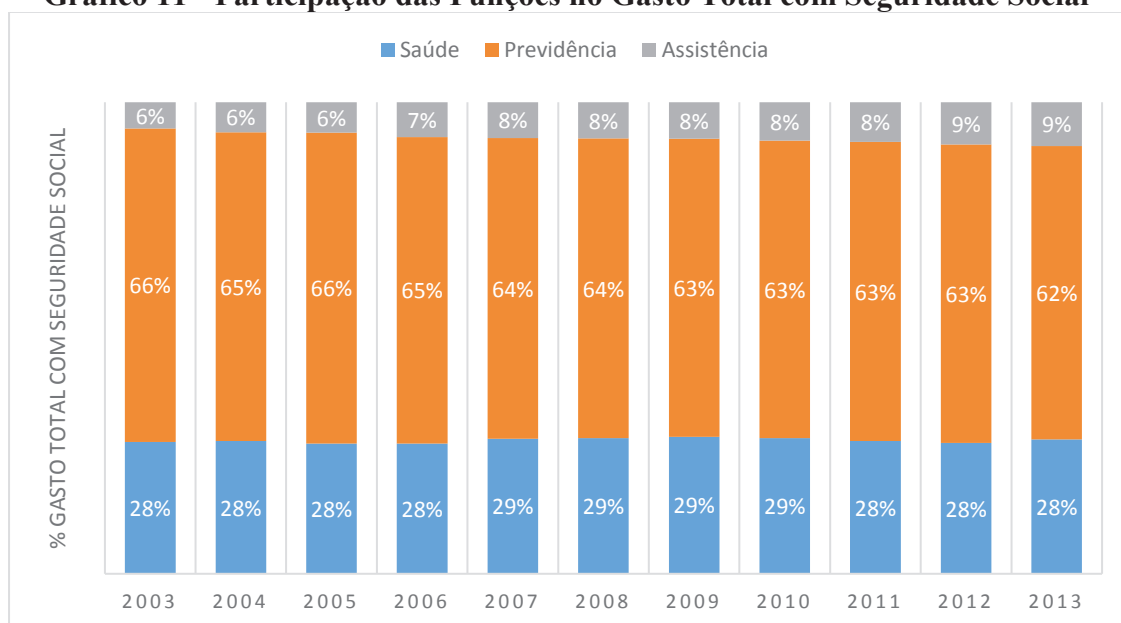
Fonte: STN (2016).

3.3.3. AS ÁREAS DE ATUAÇÃO

Nesta sessão será analisado o GPSS nos três pilares da Seguridade Social brasileira tratando da trajetória de cada um separadamente bem como a participação deles no orçamento da União, dos estados e dos municípios.

De acordo com Castro et al. (p. 159, 2005), “a divisão do GSF por áreas de atuação procura alocar as ações sociais em grupos diferenciados de acordo com atendimento às necessidades e aos direitos sociais, a fim de facilitar a leitura e a compreensão dos rumos das políticas sociais adotadas no Brasil”.

Gráfico 11 - Participação das Funções no Gasto Total com Seguridade Social



Elaboração Própria.

Fonte: STN (2016).

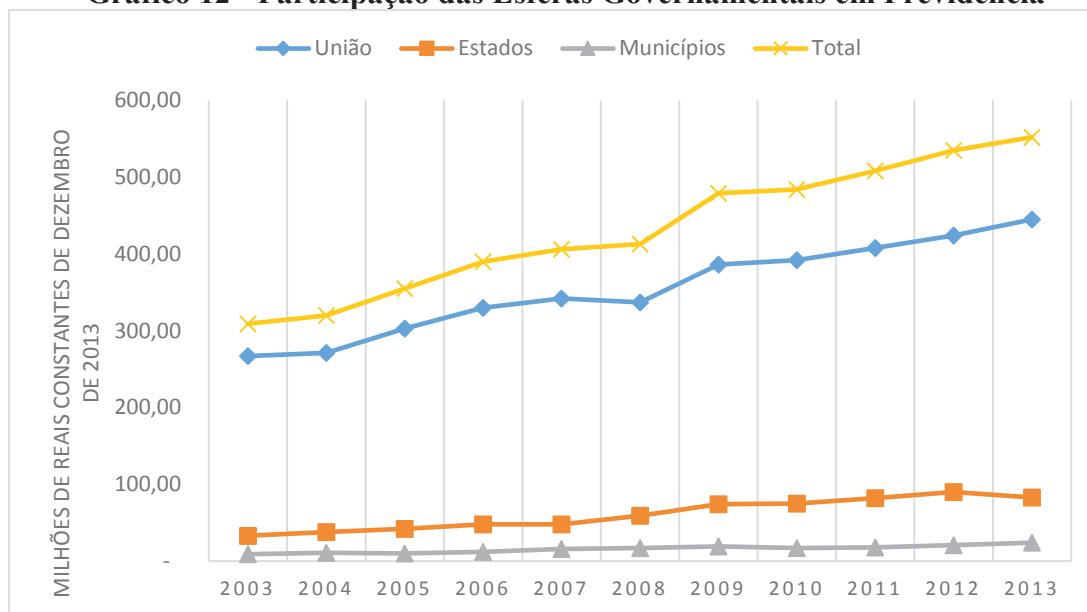
A evolução do GPSS “consolidado”²⁴ por área de atuação está apresentada no gráfico acima. Como já foi visto no gráfico 2, tais funções possuíram uma trajetória de característica ascendente, e agora, tem-se mais uma constatação sobre elas em relação ao período: tiveram uma participação constante no orçamento público. Constante no sentido de não ter tido variações bruscas nas demais áreas.

Em números, entre 2003 e 2013, o gasto público com saúde ficou entre 28 e 29% do orçamento com Seguridade Social. Previdência social que em 2003 foi de 66%, caiu para 62% em 2013, sofrendo variações ao longo do período. E por último, a assistência teve um aumento de 6% em 2003 para 9% em 2013.

²⁴ Dado pelo somatório dos gastos com Seguridade Social pelos municípios, pelos estados e pela União.

Além disso, é perceptível que, em relação ao GPSS total, o maior gasto da Seguridade Social está alocado no pilar da previdência social, seguido da saúde e por último, da assistência social.

Gráfico 12 - Participação das Esferas Governamentais em Previdência



Elaboração Própria.

Fonte: STN (2016).

A partir de agora, a participação de cada esfera no GPSS será analisada por cada área de atuação. A primeira, refere-se à previdência. Como já foi visto, esta área é a que mais recebe aporte de recursos públicos, predominantemente provenientes da União.

Em termos relativos, o gráfico 12 resulta numa redução dos gastos a União nesta área no período analisado, que foi de 86 para 81% em detrimento do aumento dos gastos dos estados e municípios, que foram de 11 para 15% e de 3 para 4%, respectivamente.

Em termos absolutos, em 2003, a União gastou 267 bi, e em 2013, este valor aumentou para 445 bi, um aumento de 66 p.p. Em 2003, os estados gastaram 33 bi com previdência, e fecharam o período aqui analisado com um gasto de 83 bi, correspondendo a um aumento de 151 p.p. Em relação aos municípios, o aumento dos seus gastos com previdência também foi próximo dos estados, verificou-se uma elevação de 166 p.p. ao passo que em 2003, 9 bi e em 2013 este gasto saltou para 24 bi.

“Por causa do elevado valor despendido com a previdência, ela é um forte alvo de críticas dos mais conservadores” (GUERREIRO, p. 114, 2012). A mais comum refere-se ao seu efeito sobre o desequilíbrio orçamentário do setor público. Giambiagi et. al (2007) destacam alguns pontos acarretam nesse tipo de problema, como: “a) ausência de idade

mínima no mínimo no regime geral; *b*) aposentadoria precoce das mulheres; *c*) aposentadoria precoce dos professores; *d*) vinculação entre o piso previdenciário e o salário mínimo; e *e*) programas assistenciais com despesas crescentes.” (GIAMBIAGI ET AL., p. 379, 2004). Assim, medidas para sanar tal contexto, voltadas para a redução dos gastos, seriam encontradas em reformas previdenciárias.

Gentil (2007) apresenta uma opinião contrária, sob o argumento de que, na verdade, a previdência é superavitária. De acordo com a autora,

Inicialmente é necessário considerar que os números utilizados para avaliar a situação financeira da previdência são normalmente enganosos e alarmistas. (...) O que vem sendo chamado de déficit da previdência é, entretanto, o saldo previdenciário negativo, ou seja, a soma (parcial) de receitas provenientes das contribuições ao INSS sobre a folha de salários e demais rendimentos do trabalho e de outras receitas próprias menos expressivas, deduzidas das transferências a terceiros e dos benefícios previdenciários do RGPS (...). Este cálculo não leva em consideração todas as receitas que devem ser alocadas para a previdência social, conforme estabelece a Constituição Federal no Artigo 195 e seus incisos, deixando de computar recursos significativos, provenientes da Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (COFINS), Contribuição Provisória sobre Movimentação ou Transmissão de Valores e de Créditos e Direitos de Natureza Financeira (CPMF) e Contribuição Social sobre o Lucro Líquido (CSLL). O resultado é um déficit que não é real. (GENTIL, p. 32-31, 2007).

De acordo com as autoras Lavinhas e Garson (2003), outra crítica que recai sobre o sistema previdenciário brasileiro refere-se à característica regressiva dos seus gastos, ao passo que os mais ricos recebem benefícios maiores. O equívoco desta crítica está na falta de associação entre o valor da contribuição e o valor do benefício. E mais do que isso, deve-se ter em conta que, os valores dos benefícios possuem relação direta com os valores dos salários do mercado de trabalho. Assim, o problema encontra-se não na previdência, mas sim no sistema de remuneração do mercado de trabalho. E em relação às famílias mais pobres, o problema também recai sobre a falta de políticas sociais adequadas, como destaca as autoras,

Se as famílias mais pobres, onde estão sobrerrepresentadas as crianças, não contempladas com políticas dignas, permanentes, mas programas transitórios, com benefícios de valor muito baixo, recebendo apenas 1,5% das transferências diretas de renda, o problema não é a Previdência, mas da ausência de política social consequente e universal, à qual devem somar-se programas compensatórios para compensar ainda mais aqueles em situação crítica. Ambos os benefícios devem ter valor condizente com o grau de destituição dos indivíduos (LAVINHAS; GARSON, p. 151, 2003).

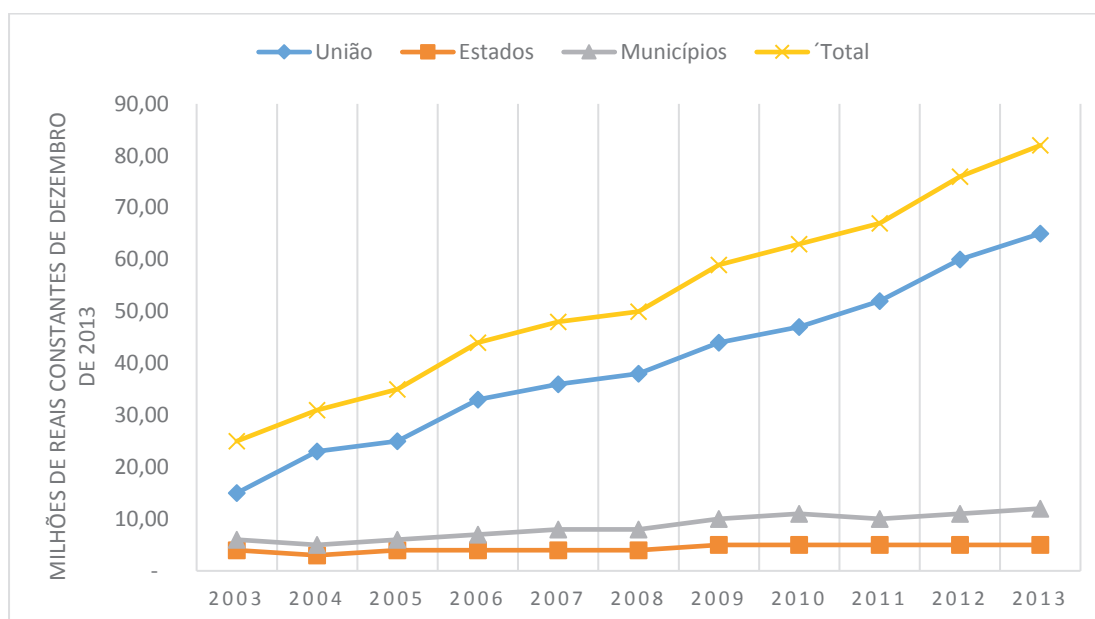
Vale ainda ressaltar aqui, um ponto muito importante: a ocorrência de pobreza na sociedade com idade superior a 65 anos é menor em relação às outras faixas etárias. Isso se explica pelo elevado gasto com previdência, juntamente com o BPC. (GUERREIRO, 2012 apud LAVINAS; CAVALCANTI, 2007). Logo, pode-se afirmar que o sistema previdenciário possui um importante desempenho de favorecer a redução da pobreza de seus beneficiários, principalmente entre os idosos.

Em conformidade com um estudo feito pelo IPEA (p. 28, 2009),

se fossem retirados todos os benefícios previdenciários atualmente pagos pela previdência social, a população de indigentes cresceria, no ano de 2008, em mais de 17 milhões de indivíduos; e o de pobres, em quase 21 milhões. O percentual de indigentes praticamente dobraria, passando de 10,74% para 20,19% da população, enquanto o percentual de pobres subiria em mais de um terço, passando de 29,18% para 40,56%. Esses números mostram a importância da proteção previdenciária no combate à indigência e à pobreza no Brasil.

Mediante todo o contexto apresentado, torna-se evidente que, a previdência, além de ser um importante pilar no sistema de proteção e bem-estar social, também possui função de suma importância no combate à pobreza no Brasil.

Gráfico 13 - Participação das Esferas Governamentais em Assistência



Elaboração Própria.
Fonte: STN (2016).

A próxima área de atuação concerne à assistência social. O gráfico 13 representa os gastos das três esferas governamentais nesta área em termos relativos. A partir do ano de 2003, houve um processo de centralização destes gastos no âmbito da União, o que vincula-se à instituição do PBF. Esta esfera governamental possuía uma participação de 60% deste gasto em detrimento das outras esferas governamentais no ano de 2003, passando para 74% no ano de 2013. Em relação aos estados e municípios, a trajetória foi de queda no período. Em 2003 corresponderam a 16 e 24% e em 2013, 6 e 15%, respectivamente.

Em termos absolutos, os gastos da União foram de 15 bi em 2003 para 65 bi em 2013, os dos estados foram de 6 bi para 12 bi em e os dos municípios de 4 bi para 5 bi em. Assim, os números correspondem ao aumento no nível de investimento nesta área. Esse aumento está intensamente relacionado à expansão das políticas de garantia de renda no período²⁵, ligadas ao maior alcance do BPC e da assistência social juntamente com a instituição de políticas de transferência de renda condicionada e também pela extensão e focalização do PBF. Além disso, em 2004 foi criado o Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome.

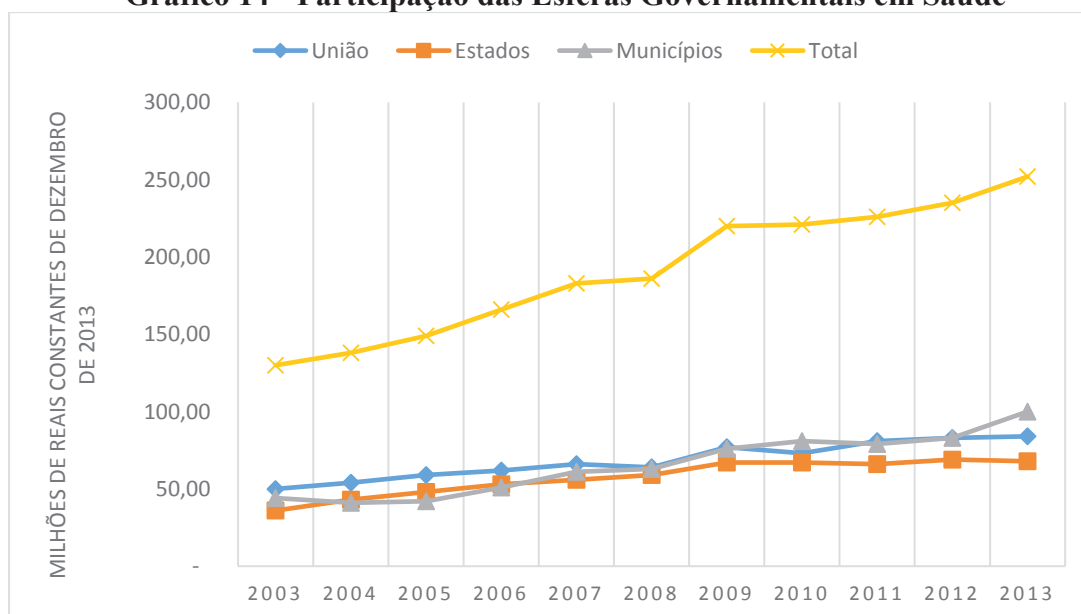
²⁵ De acordo com o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, foram pagos 1.036.365 benefícios para os portadores de deficiência pelo BPC em 2003, e em 2013, esse número subiu para 2.141.846. Para os idosos, foram pagos 664.875 em 2003 e 1.822.346 em 2013. Em relação ao PBF, no ano de 2004, 6.571.839 famílias receberam o benefício e em 2013, este número aumentou para 14.086.199.

Guerreiro (2012) destaca que os gastos com transferência de renda condicionada chegam a crescer numa taxa superior ao BPC, e explica que isso se verifica pelo fato de que os beneficiários do BPC já se encontram estabilizados financeiramente, o que não acontece com as famílias beneficiárias do PBF, por exemplo, ainda mais em virtude do orçamento específico e dos programas de renda condicionada serem uma novidade, resultando em uma situação em que há um conjunto de famílias que mesmo sendo elegíveis, não são cobertas pelo programa. Mais do que isso, é válido ressaltar também que o BPC é estabelecido pela Constituição como um benefício “a todos que dele necessitem”, enquanto o PBF é apenas um programa, e não um direito.

Um ponto positivo sobre esse contexto refere-se ao impacto que ele possui sobre os indicadores de pobreza e desigualdade de renda. Isso se concretiza mediante ao fato de que nos últimos anos esses indicadores se reduziram e que a renda do não trabalho (transferências) foi um fator de importante explicação para isso.

Entre 2003 e 2011, a renda per capita brasileira cresceu mais de 40%, de cerca de R\$ 550,00 para pouco mais de R\$ 770,00; e a desigualdade medida pelo coeficiente de Gini diminuiu 9,2%, de 0,576 para 0,523. A extrema pobreza teve queda de 8% para pouco mais de 3% da população, e a pobreza recuou de 16% para 6%. O único estrato que aumentou sua participação relativa – em mais de 15 pontos percentuais (p.p.) – foi o dos não pobres, embora o maior ainda seja o dos vulneráveis (49%) (SOUZA; OSORIO, 2014).

Gráfico 14 - Participação das Esferas Governamentais em Saúde



Elaboração Própria.
Fonte: STN (2016).

Ao longo do período em estudo, os gastos com saúde estiveram em ascensão, como pode ser observado nas informações do gráfico 14. Não é muito claro definir qual função possui maior responsabilidade sobre esta área. União, estados e municípios gastam basicamente o mesmo. Essa mudança verificou-se em virtude de “inovações institucionais, como um intenso processo de descentralização que outorgou maior responsabilidade aos municípios na gestão dos serviços de saúde” (PAIM ET AL., p. 27-28, 2011). Em 2013, os gastos já passam a ficar distribuídos de forma mais concentrada nos municípios, 40%, seguidos pela União e depois pelos estados, 33% e 27%, respectivamente.

Em termos quantitativos, já foi apresentado acima que a saúde possui uma trajetória crescente, no total, foi uma elevação de 52% no período. A tabela 1, através dos indicadores bastante primários – esperança de vida ao nascer e mortalidade infantil – mostra a situação qualitativa da saúde.

Tabela 1 – Indicadores de Saúde		
Ano	Esperança de vida ao nascer	Mortalidade infantil (por mil nascidos vivos)
2003	71,16	24,68
2004	71,58	23,39
2005	71,99	22,18
2006	72,39	21,04
2007	72,77	19,98
2008	73,15	18,99
2009	73,51	18,07
2010	73,86	17,22
2011	74,20	16,43
2012	74,52	15,69
2013	74,84	15,02

Fonte: IBGE (2016).

Os dois indicadores mostram uma melhora no bem-estar da população brasileira. A esperança de vida ao nascer aumentou em 3,68 anos, enquanto a mortalidade infantil se reduziu em expressivos 9,66 anos. Entretanto, “estas variáveis além de sofrerem influência de diversos fatores (saúde, saneamento, educação, segurança, etc.), tem característica de se modificarem a médio prazo” (GUERREIRO, p. 128, 2012). Logo, por conta da carência de dados para todos os anos, torna-se difícil analisar uma relação direta destes indicadores com os gastos públicos em saúde.

Segundo Paim et al. (2011), o fato é que, conforme já foi visto, a elevação dos gastos com saúde ao longo do período foi materializada na abrangência do SUS com os

cuidados de saúde para a população brasileira em cobertura universal em áreas como vacinação, assistência pré-natal, elevação da conscientização da população sobre o direito à saúde vinculado à cidadania, investimentos na expansão dos recursos humanos e da tecnologia em saúde vinculada à produção de insumos farmacêuticos, etc.

Entretanto, como é nítido na historicidade e atualidade brasileira, o SUS ainda é um sistema de saúde em desenvolvimento e por isso ainda enfrenta uma luta para atingir a cobertura universal equitativa, problemas e insatisfações com o sistema são constantes. Isso torna-se ainda mais preocupante em função da queda do orçamento do governo federal destinado à saúde, ocasionando em restrições de financiamento, infraestrutura e recursos humanos.

A superação desses desafios encontra-se na necessidade de uma nova estrutura financeira e também em verificações nas relações público-privadas²⁶. Deste modo, Paim et al. (2011) destacam que o maior desafio do SUS encontra-se no âmbito político. “Questões como o financiamento, a articulação público-privada e as desigualdades persistentes não poderão ser resolvidas unicamente na esfera técnica” (PAIM ET AL., p. 28, 2011). O necessário é dar sustentação ao SUS nas áreas política, econômica, científica e tecnológica.

3.4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise desenvolvida neste capítulo sobre o gasto público brasileiro com seguridade social evidenciou uma trajetória de ascensão deste ao longo do período 2003-2013, de modo que obteve um crescimento de 91%.

Foi verificada a também elevação deste gasto como proporção do PIB e em termos *per capita* de modo a concluir que o mesmo vem ganhando espaço dentro do âmbito econômico e também em relação ao número total da população brasileira. A única variável que não teve uma boa perspectiva como as demais foi a relação entre o GPSS e o Gasto Público Total, o que evidencia uma redução da presença deste gasto no orçamento público em relação às demais contas públicas.

Além disso, o estudo também contou com uma análise detalhada sobre cada esfera governamental com o objetivo de mostrar a composição dos gastos, onde foi constatado

²⁶ À medida que a participação do setor privado no mercado aumenta, as relações acarretam em injustas competições gerando discussões entre o acesso universal contra a segmentação de mercado. Tal contexto acaba por resultar em complicações na busca por equidade, nas condições de saúde e também no acesso aos serviços desta área.

que a União despende maior gasto na área da seguridade social, seguida pelos estados e posteriormente pelos municípios. Essa maior responsabilidade recai sobre a União porque a área de maior participação no seu gasto é a previdência social – além também de ser a maior área dentro do gasto total no orçamento da seguridade social – seguida por saúde e assistência. Os estados gastam um valor muito próximo com saúde e previdência e um muito pequeno com assistência, enquanto os municípios possuem sem dúvidas, uma responsabilidade maior na área da saúde, seguida por previdência e assistência.

Por último, a pesquisa concentrou-se nas áreas de atuação da seguridade social: previdência social, assistência social e saúde. Como já era esperado, foi constatada uma significativa elevação nas demais áreas. Na previdência, tal elevação, tendo como motivos principais aumento dos números de beneficiários, a política de valorização do salário mínimo e também a impossibilidade de corte de gastos, reflete consequências muito positivas no âmbito social, ligadas não só ao direito a um seguro social, como também numa redução da pobreza dentro do grupo social com faixa etária acima de 65 anos. Na área da assistência social, além da expansão dos gastos despendidos com o BPC, a instituição do PBF no período também demandou um expressivo aumento dos gastos. E por fim, em relação à saúde, foi visto que a elevação dos gastos com saúde ao longo do período foi materializada na abrangência do SUS com os cuidados de saúde para a população brasileira em cobertura universal, porém, a realidade ainda demanda maior preocupação nesta área dado que o sistema de saúde brasileiro, ainda em construção, precisa de maiores cuidados.

4. CONCLUSÃO

Em perspectiva histórica, os meios de busca pelo progresso do sistema capitalista, trazem consigo situações em que o mercado como único administrador dos rumos dos seres humanos, bem como de seus ambientes naturais, e também como julgador das formas de utilidade e de quantidade de poder aquisitivo, poderia ter como consequência uma ameaça ao aniquilamento da sociedade, de acordo com Polanyi (1944). Assim, o sistema de proteção social se faz necessário e se concretiza a partir da instituição dos direitos sociais, os quais estabelecem, em algum grau, a desmercantilização da força do trabalho e dos serviços sociais.

No caso brasileiro, esse processo tomou maior força a partir da instituição da Seguridade Social englobada pelas políticas de previdência, assistência e saúde, ocasionou fortes mudanças nas políticas sociais.

As três políticas da Seguridade Social foram tratadas no mesmo patamar de relevância com o intuito de combater os riscos sociais enfrentados pela sociedade ao longo da vida dos indivíduos, promovendo a busca pelo bem-estar do conjunto da população.

A garantia de implementação dessas políticas foi dada pela instituição do Orçamento da Seguridade Social, de modo que possuem suas próprias fontes de financiamento exclusivas, porém não únicas, dado que a União complementa imprevistos financeiros nesta área.

Como principal ferramenta de análise para estudar o comportamento do tripé da Seguridade Social no período 2003-2013, o presente trabalho utilizou o Gasto Público com seguridade. A partir deste, foram verificados aceleração nos gastos com as demais políticas ao longo do período, o que resulta num progresso na trajetória das políticas sociais brasileiras.

Esse progresso foi verificado em termos absolutos, relativos – quando comparado ao PIB e ao Gasto Público Total – e também em cada pilar da Seguridade Social. De modo mais detalhado, verificou-se um maior esforço da União com esses gastos, seguida pelos estados e municípios. E em relação às áreas de atuação, o maior gasto despendido corresponde à previdência social, seguida pela saúde e assistência social.

As causas de elevação dos gastos com a previdência social recaem principalmente sobre o aumento dos números de beneficiários e na política de valorização do salário mínimo. Tais fatores refletem consequências muito positivas no âmbito social, ligadas

não só ao direito a um seguro social, como também numa redução da pobreza dentro do grupo social com faixa etária acima de 65 anos.

Na área da assistência social, além dos gastos despendidos com o BPC e com serviços sociais, a instituição do PBF no período também demandou uma elevação dos gastos, o que gerou um forte aumento da rede de proteção social, tendo em vista que a assistência social beneficia a quem dela precisar, sem ter contribuições de contrapartida e assim, reduz as vulnerabilidades sociais.

E por fim, em relação à saúde, a resposta para a elevação de seus gastos encontra sustentação na abrangência do SUS. Isso resulta numa maior preocupação com os cuidados de saúde para a população brasileira em cobertura universal, porém, a realidade ainda demanda maior atenção nesta área, dado que o sistema de saúde brasileiro, ainda em construção, demanda por avanços e progresso.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDERSON, P. Balanço do Neoliberalismo. In SADER, Emir & GENTILI, Pablo (orgs.) **Pós-neoliberalismo: as políticas sociais e o Estado democrático**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995, p. 9-23

BARBOSA, N.; SOUZA, J. A. P. A Inflexão do Governo Lula: política econômica, crescimento e distribuição de renda. In: GARCIA, M. A.; SADER, E. (orgs.). **Brasil entre o passado e o futuro**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, Boitempo Editorial, 2010.

BEHRING, E. R.; BOSCHETTI, I. **Política Social: fundamentos e história**. São Paulo: Cortez, 2011. 9 ed. Vol. 2.

BELLUZZO, L. G. “Os anos do povo” in: SADER, Emir (org.) **Dez anos de governos pós-neoliberais no Brasil: Lula e Dilma**. São Paulo: Boitempo – Rio de Janeiro: Flacso/Brasil, 2013.

BRASIL, **Cartilha BPC: Benefício de Prestação Continuada**. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/cartilhas/cartilha-bpc-final.pdf>. Acesso em: 06 jan. 2016.

_____, **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, Congresso Nacional, 1988. Disponível em: <www.senado.gov.br/legislacao>. Acesso em: 13 jan. 2016.

_____, Ministério da Fazenda. Secretaria do Tesouro Nacional. **Gasto Social do Governo Central 2002 a 2015**. Disponível em: <<http://www.tesouro.fazenda.gov.br/documents/10180/318974/Gasto+Social+Governo+Central/c4c3d5b6-8791-46fb-b5e9-57a016db24ec>>. Acesso em: 01/12/2016.

CAMPELLO, T. Uma Década Derrubando Mitos e Superando Expectativas. In: CAMPELLO, T.; NERI, M. C. **Programa Bolsa Família: uma década de inclusão e cidadania**. Brasília: IPEA, 2013, p. 15-24.

CASTRO, J. A.; ET AL. Análise da Evolução e Dinâmica do Gasto Social Federal: 1995-2001. IN **Texto para discussão nº 1324**. Brasília, IPEA, 2003.

_____; RIBEIRO, J. A. C. “As políticas sociais e a Constituição de 1988: conquistas e desafios”. IN **Políticas sociais acompanhamento e análise: vinte anos da constituição federal**. Brasília, IPEA, 2009, vol. no 17.

DEPARTAMENTO INTERSINDICAL DE ESTATÍSTICAS E ESTUDOS SOCIOECONÔMICOS (DIEESE). **A política de valorização do Salário Mínimo: persistir para melhorar.** Nota Técnica. Número 136. Maio de 2014

DEPARTAMENTO INTERSINDICAL DE ESTATÍSTICAS E ESTUDOS SOCIOECONÔMICOS (DIEESE). Disponível em: <<http://www.dieese.org.br/>>. Acesso em: 28 dez. 2016.

DRAIBE, S. M. Uma nova Institucionalidade das Políticas Sociais? Reflexões a propósito da experiência latino-americana recente de reformas dos programas sociais. In: **São Paulo em Perspectiva** – Revista da Fundação SEADE, Vol. 11, n. 4, 1997.

_____.; **Ciclos de Reformas de Políticas Públicas em Ambiente de Consolidação da Democracia: a experiência brasileira recente de reformas dos programas sociais.** Mimeo: XXIV Encontro Anual da ANPOCS, Caxambu, agosto de 2000.

_____.; A Política Social no Período FHC. IN **Tempo Social**. São Paulo, USP, Nov. 2003.

_____.; AURELIANO, L. A especificidade do welfare-state brasileiro. **Economia e desenvolvimento: a política social em tempo de crise**, Brasília: Cepal, MPAS, v. 3, p. 86-179, 1988.

_____.; RIESCO, M. Estados de bem-estar social e estratégias de desenvolvimento na América Latina: um novo desenvolvimentismo em gestação?. **Sociologias**, Ago 2011, vol.13, no.27, p.220-254. ISSN 1517-4522.

ESPING-ANDERSEN, G. As Três Economias Políticas do Welfare State. **Revista Lua Nova**, nº 24, setembro de 1991. p. 85-91.

FAGNANI, E. **Política Social no Brasil (1964-2002): entre a cidadania e a caridade.** Tese de doutoramento. Campinas: UNICAMP - Instituto de Economia, 2005.

FLEURY, S.; Ouverney, A. M. Políticas de Saúde: Uma Política Social. IN **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Giovanella, L (Org.) Rio de Janeiro, Edit FIOCRUZ, 2008.

GENTIL, D. “A política fiscal e a falsa crise do sistema de seguridade social no Brasil: análise financeira do período recente”. IN: SICSÚ, J. (org). **Arrecadação (de onde vem?) e Gastos Públicos (para onde vão?)**. São Paulo, Boitempo, 2007.

GIAMBIAGI, F.; ET AL. “Diagnóstico da previdência social no Brasil: o que foi feito e o que falta reformar?”. IN **Texto para discussão nº 1050**. Rio de Janeiro, IPEA, 2004.

GUERREIRO, M. **Análise dos Gastos Sociais Brasileiros na Perspectiva do Bem-Estar Social: 1988 a 2008**. Dissertação de Mestrado. Programa de pós-graduação em Economia da UFF. Niterói, 2010. Disponível em: <http://www.proac.uff.br/cede/sites/default/files/Dissertacao_02_Maria_Pandolfi_Guerreiro.pdf>. Acesso em: 20 dez. 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/>>. Acesso em: 02 nov. 2016.

IPEA. “Comunicado da Presidência nº 31”. IN **PNAD 2008: Primeiras análises. Demografia, trabalho, previdência**. 1º de outubro de 2009. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/sites/000/2/comunicado_presidencia/09_10_01_ComunicaPresi_31_PNAD2008_trabalho.pdf>. Acesso em: 31 dezembro 2009.

JACCOUD, L.. Proteção Social no Brasil: debates e desafios. IN **Concepção e Gestão da Proteção Social não Contributiva no Brasil**. Brasília: MDS/UNESCO, 2009, p. 57-86.

LAVINAS, L.; GARSON, S. “O gasto social no Brasil: transparência sim, *partipris*, não!”. IN **Econômica**. Revista da pós-graduação em Economia da Universidade Federal Fluminense. Número especial sobre o Gasto Público Social no Brasil, nº 5, Niterói, 2003. Disponível em: <<http://www.uff.br/cpgeconomia/economica.htm>>

KERSTENETZKY, C. L. **O Estado de Bem-Estar Social na Idade da Razão: a reinvenção do Estado social no mundo contemporâneo**. 1ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.

_____; Políticas Sociais: focalização ou universalização? **Revista de Economia Política**, vol. 26, nº 4 (104), pp. 564-574, outubro-dezembro/2006.

MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME (MDS). Disponível em: <<http://www.mds.gov.br/>>. Acesso em: 06 jan. 2016

MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME, SECRETARIA NACIONAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL. **Política Nacional de Assistência Social**. Brasília, MDS/SNAS, novembro de 2004.

PAIM, J.; et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **The Lancet**. Saúde no Brasil. Maio de 2011, p.11-31.

PENALVA, J.; DINIZ, D.; MEDEIROS, M. O Benefício de Prestação Continuada no Supremo Tribunal Federal. **Revista Sociedade e Estado**. Brasília, vol. 25, n. 1, p. 53-70 Jan./abr 2010.

PIOLA, A. et al. Vinte Anos da Constituição de 1988: o que significaram para a saúde da população brasileira? IN IPEA. **Políticas Sociais, Acompanhamento e Análise: vinte anos da constituição federal**. Brasília, IPEA, 2011, nº 17, vol. 1, p. 97-163.

POLANYI, K. (1944) **A Grande Transformação**: as origens de nossa época. 1ª ed. Rio de Janeiro: Campus, 1980. p. 51-98.

POLIGNANO, M. V.. **História das políticas de saúde no Brasil**: Uma pequena revisão, Minas Gerais, [s.d]. Disponível em: <<http://www.saude.mt.gov.br/ces/arquivo/2165/livros>>. Acesso em: 13 jan. 2016.

RIBEIRO, J. A.; FERNANDES, M. A. “Acompanhamento e Dimensionamento do Gasto Social Federal: considerações metodológicas e resultados gerais para os anos 90”. IN **Políticas Sociais: Acompanhamento e Análise**. Brasília, IPEA.

RIZOTTI, M. L. A. Estado e Sociedade Civil na História das Políticas Sociais Brasileiras. **Semina: Ciências Sociais e Humanas**. Londrina, vol. 22, p. 39-56, set. 2011.

SALVADOR, E. “Quem financia e qual o destino dos recursos da seguridade social no Brasil?”. IN **Observatório da Cidadania**. Nº11. Rio de Janeiro, IBASE, 2007.

SECRETARIA DO TESOUREIRO NACIONAL (STN). Disponível em: <<http://www.tesouro.fazenda.gov.br/>>. Acesso em: 02 nov. 2016.

SENAC NACIONAL. **O que você precisa saber sobre a Previdência Social**. Rio de Janeiro, 2004. (Cartilha publicada em parceria com a Secretaria Executiva do Programa de Educação Previdenciária do Ministério da Previdência Social). Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/previdencia_social.pdf>. Acesso em: 04 jan. 2016.

SILVA, L. I. L. da. **Carta ao Povo Brasileiro**. 2002. Disponível em: <<http://novo.fpabramo.org.br/uploads/cartaaopovobrasileiro.pdf>>. Acesso em: 15/11/2016.

SIMÕES, J. A. “Solidariedade intergeracional e reforma da previdência”. IN **Dossiê Gênero e velhice**, p.169-181, 1997.

SMITH, A. (1776). **A Riqueza das Nações**. 1ª edição. São Paulo. WMF Martins Fontes, 2003. (Coleção Paidela, v. 1).

SOUZA, P. H. G. F.; OSORIO, R. G. O Perfil da Pobreza no Brasil e Suas Mudanças Entre 2003 e 2011. In: CAMPELLO, T; NERI, M. C. (orgs.). **Programa Bolsa Família: uma década de inclusão e cidadania**. Brasília: Ipea, 2013. P. 139-155.

VIANNA, M. L. T. W. Seguridade social e combate à pobreza: o papel dos benefícios não contributivos. In: VIANNA, A. L. D.; P. E. M.; IBANEZ, N. **Proteção Social: dilemas e desafios**. São Paulo: Hucitec, 2005.

ZANGHELINI, A. N. **50 Pequenas Coisas que Você Precisa Saber Sobre Previdência (Social e Privada)**. UNIVILLE. Departamento de Economia. Joinville, SC. 2009. Disponível em:
<http://www.oeconomista.com.br/arquivos/previdencia_privada_social.pdf> Acesso em:
04. jan. 2016.

ZIMMERMANN, C. R.; SILVA, M. C. O Princípio da Desmercantilização nas Políticas Sociais. **CADERNO CRH**, Salvador, v. 22, n. 56, p. 345-358, Maio/Ago. 2009.