



Iniciativa do Piso de Proteção Social

O Brasil em Busca da Universalidade da Proteção Social¹

Junho, 2010

agências principais

ILO
WHO

agências colaboradoras

FAO, IMF, OHCHR,
UN Comissões Regionais,
UNAIDS, UNDP, UNDESA,
UNESCO, UNFPA, UNICEF,
UNHABITAT, UNHCR, PAHO,
UNODC, UNRWA, WFP, World Bank,

A universalização da cobertura da seguridade social é um mandato inscrito na Constituição Federal (CF) do Brasil de 1988, cuja promulgação foi importante marco da redemocratização ocorrida a partir de 1985. O objetivo da Constituição é a construção de um sistema de proteção social amplo, que coordene harmonicamente políticas contributivas, não-contributivas e focalizadas. O financiamento desse modelo deve, segundo a Constituição, ser diversificado, combinando contribuições sobre a folha salarial e a renda do trabalho com recursos provindos de contribuições sociais sobre o lucro e o faturamento, bem como impostos gerais.

Ao longo de pouco mais de duas décadas de gradativa implementação das previsões da CF, um abrangente sistema de proteção social foi criado, tendo atingido altos graus de cobertura nos seus vários segmentos. O sistema de atenção à saúde é não contributivo e de direito universal. A Assistência Social opera o Programa Bolsa-Família, um programa de transferência de renda condicionada, voltado a famílias de baixa renda com crianças e adolescentes. Adicionalmente, existe um benefício assistencial básico para idosos e portadores de deficiência, o Benefício de Prestação Continuada (BPC), além de um grande leque de serviços sociais. A Previdência Social conta entre seus segurados 66% dos trabalhadores/os ativos/as e paga 23,5 milhões de benefícios mensais, entre aposentadorias, pensões, auxílios-doença, salários-maternidade, salários-família. No campo do fomento ao emprego, o seguro-desemprego paga mensalmente mais de 600 mil benefícios e o Ministério do Trabalho e Emprego opera um sistema nacional de apoio e serviços ao trabalhador em busca de emprego e de requalificação profissional.

Este sistema de proteção social demonstrou grande capacidade de absorver e reduzir os impactos sociais da recente crise econômica e financeira internacional. Mais além, seu papel de estabilizador da renda das famílias fez com que a renda por ele distribuída fosse uma das importantes fontes de demanda para o fortalecimento do mercado doméstico e para a acelerada recuperação econômica do Brasil. Existe, hoje, no Brasil um amplo consenso sobre a necessidade deste novo “Estado do Bem-Estar”. Sabe-se também que, por causa do seu gradativo amadurecimento e da transformação da sociedade brasileira, este Estado do Bem-Estar será colocado frente a novos desafios. Entre estes complexos desafios, está a necessidade de buscar uma gestão coordenada para este leque bastante diverso de políticas, com princípios de operação, burocracias gestoras e fontes de financiamento variadas, bem como sua transformação para adaptar-se ao envelhecimento demográfico pelo qual o país está passando.

¹ Por Helmut Schwarzer (ILO Genebra).

Alguns programas brasileiros conceitualmente vinculados ao Piso de Proteção Social (PPS)²

O Programa Bolsa-Família (PBF) é um programa de complementação da renda familiar focado em famílias de baixa renda com crianças e adolescentes. A transferência é de R\$ 22 a R\$ 200, de acordo com as características sócio-econômicas das famílias, preferencialmente direcionada para as mulheres. A participação das famílias no programa estabelece como condição para percepção de um benefício que: 1) as crianças e adolescentes em idade escolar até 17 anos apresentem frequência escolar elevada, 2) mulheres grávidas e crianças pequenas cumpram uma agenda de atenção à saúde (exames, vacinação), e 3) não haja trabalho infantil na família. Em maio de 2010, 12,5 milhões de famílias estavam qualificadas e cobertas, com um gasto em 2009 de apenas 0,4% PIB. Foi desenvolvido pelo PBF um cadastro social único, para aumentar o grau de precisão do programa e evitar erros de focalização. O programa também está em articulação com serviços de assistência social, saúde, educação, emprego e renda, bem como sua operação ocorre em parceria com Estados e Municípios. Sua avaliação é amplamente favorável, pois ele retira da extrema pobreza 4,3 milhões das 12,5 milhões famílias atendidas e foi considerado responsável por 21% da redução de desigualdade registrada no Brasil (mensurada para o período 2004-2006). No global, a concentração de renda brasileira caiu na última década, com o índice de Gini descendo de 0,600 (1998) para 0,548 (2008). Entre os desafios futuros do Bolsa-Família estão: o aprofundamento da sua articulação com os demais programas sociais, em especial os serviços públicos universais; o estabelecimento de regras de reajuste institucionalizado dos benefícios; e a elaboração de uma estratégia específica para as regiões metropolitanas, entre outros.

O Benefício de Prestação Continuada (BPC) é um benefício assistencial de um salário mínimo mensal (R\$ 510) para pessoas com idade igual ou superior a 65 anos ou para pessoas portadoras de deficiência. Para qualificar para o programa, os candidatos devem ter renda de até ¼ do salário mínimo por pessoa da família e não serem beneficiários de outro programa de reposição de renda (previdência ou seguro-desemprego). A operação do programa ocorre em conjunto com o Instituto Nacional do Seguro Social, cujos/as assistentes sociais fazem as avaliações sócio-econômicas e o qual realiza os pagamentos regulares utilizando a rede bancária. Em maio de 2010 estavam sendo pagos 3,4 milhões de BPCs, dos quais 1,6 milhão por idade e 1,8 milhão para pessoas portadoras de deficiência. O custo do programa foi de R\$ 15,5 bilhões em 2008, o que correspondeu a 0,5% do PIB.

O Sistema Único de Saúde (SUS) é público, de direito de acesso universal sem necessidade de pagamento pelo cidadão, e financiado com recursos tributários. Ele foi criado em 1990, com a regulamentação da CF no campo da atenção à saúde. Até aquele momento o atendimento à saúde no Brasil era prestado pelo sistema previdenciário e requeria contribuição prévia. Suas estruturas de coordenação, financiamento, produção de serviços, etc. são compartilhadas com Estados e Municípios.

² Os dados utilizados nesta seção são originados dos próprios Ministérios brasileiros e do IPEA (Boletim de Políticas Sociais, n. 17, 2009).

Entre os programas que se destacam, além do atendimento ambulatorial e hospitalar, está o Programa de Saúde da Família (PSF), o Programa Nacional de Imunização (PNI), o Programa de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis e da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (DST/AIDS), o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e o Programa de Saúde Bucal. O sistema realiza anualmente 2,3 bilhões de atendimentos ambulatoriais, 11 mil transplantes, 215 mil cirurgias cardíacas, 9 milhões de procedimentos de quimioterapia e radioterapia e 11,3 milhões de internações.

O PSF, criado nos anos 90, opera com equipes multidisciplinares e agentes comunitários, com duplo foco: prevenir adoecimentos na família e evitar que as pessoas tenham de acessar imediatamente o segundo nível de atenção quando de um atendimento. Cada equipe acompanha cerca de mil famílias de sua área. O PSF foi gradativamente expandido, de 328 equipes, atendendo 1,1% dos municípios brasileiros em 1994, a 28.865 equipes, atendendo 93,8% dos municípios em 2008. Estima-se que 48,6% da população, sobretudo a mais pobre, seja coberta pelo PSF. Com abordagem análoga, o Programa de Saúde Bucal, em 2008, dispunha de 17.124 Equipes de Saúde Bucal em 4.857 municípios, cobrindo cerca de 44% dos brasileiros. Outro programa de destaque internacional no SUS é o DST/AIDS, que, além de articular-se com a sociedade civil para um grande esforço de prevenção, universalizou o acesso ao tratamento antirretroviral, freando a expansão da AIDS e diminuindo significativamente a letalidade da doença entre a população brasileira. Na área de medicamentos, segundo avaliações feitas na atual década, a política de acesso (medicamentos genéricos, Farmácias Populares, produção pública) tem conseguido que a ampla maioria da população efetivamente consiga comprar os medicamentos prescritos (conforme a doença causante, entre 80-90% da população).

Os indicadores do SUS demonstram que muitos avanços puderam ser obtidos. O número de consultas médicas por habitante aumentou de 1,9 em 1995 para 2,7 em 2007, a mortalidade infantil caiu 44% entre 1996 e 2006 e a esperança de vida ao nascer subiu de 68,5 anos em 1995 para 72,4 anos em 2006. Os programas de vacinação foram universalizados e diversas doenças foram erradicadas do Brasil. Muitos desafios certamente precisarão ainda ser superados nos próximos anos, entre os quais a repactuação das regras de financiamento do SUS ou, no campo epidemiológico, o combate a algumas doenças tropicais para as quais não existe vacinação disponível (como dengue e malária). O gasto público total do Brasil em atendimento à saúde dos seus cidadãos atingiu R\$ 84 bilhões em 2006, o que correspondeu a 3,5% do PIB.

A Previdência Social Rural é uma política existente desde 1971, mas fortalecida e aprofundada com a CF de 1988. Ela é focada no agricultor familiar, ou seja, o pequeno agricultor, que utiliza a sua mão-de-obra e a da família. A Previdência Rural representa uma inovação frente aos sistemas previdenciários tradicionais, que se baseiam na contribuição individualizada, porque a contribuição do agricultor é feita sobre a produção comercializada e seu recolhimento é de obrigação do comprador (desta forma a fiscalização não é sobre milhões de pequenas propriedades rurais, mas sobre alguns milhares de estabelecimentos comerciais). Por outro lado, o valor do benefício é uniforme (flat rate), de um salário mínimo, salvo se o agricultor decide voluntariamente contribuir na forma dos contribuintes urbanos. Em maio de 2010, de um total de 27,3 milhões de benefícios pagos pelo INSS, 8,2 milhões eram benefícios da Previdência Rural (5,4 milhões eram aposentadorias por idade, 2,1 milhões eram pensões por morte, os demais sendo

aposentadorias por invalidez, salários-maternidade e benefícios decorrentes de acidentes de trabalho), 8,1 milhões de benefícios eram equivalentes ao salário mínimo. Seu impacto é muito favorável sobre a redução da pobreza e desigualdade na área rural, redistribuindo renda regionalmente e fortalecendo a segurança alimentar ao estimular a produção de alimentos (feita pela agricultura familiar). Conforme a PNAD 2008, a diferenciação da regra de contribuição permite a expansão de cobertura para 8,8% dos trabalhadores brasileiros, constituídos pelos pequenos agricultores e seus membros familiares, que não têm renda mensal regular para manter um histórico contributivo semelhante aos trabalhadores urbanos. O subsídio necessário, transferido pelo Tesouro Nacional à Previdência para financiar a Previdência Rural, foi de R\$ 40,9 bilhões em 2009, o que equivale a 1,3% do PIB. Estima-se, com base na PNAD, que a renda transferida pela Previdência Social e pelo BPC retira 22,6 milhões de pessoas da condição de pobreza, ou seja 12,3% da população do Brasil.

