

Previdência social e assistência médica no Brasil: estrutura e ação

João Batista Pinheiro Cabral (*)

○ assunto interessa e afeta diretamente a todos os brasileiros natos, naturalizados e estrangeiros residentes no Brasil que aqui exerçam atividades remuneradas, assim como seus dependentes. Isto quer dizer, mais de 110 milhões de pessoas, que são abrangidos pela Previdência Social e pela Assistência Médica no Brasil.

É assunto que vem, desde há muito, chamando a atenção do povo brasileiro, atingido e afetado pela qualidade de seu funcionamento.

Infelizmente, é também assunto que tem ganho notoriedade no-noticiário dos meios de comunicação, devido à série de escândalos financeiros e outras irregularidades que, inexoravelmente, já deixaram marcas e cicatrizes e abalaram a confiança do público nessas instituições, que, por sua natureza, devem e precisam ficar sempre isentas de qualquer suspeita de ineficiência ou corrupção em todos os seus níveis.

Este trabalho procura analisar a origem e detectar as falhas estruturais do sistema médico-previdenciário brasileiro. Pretende, também, apontar as implicações de ordem psicossociais decorrentes de falhas em seu funcionamento. Finalmente, propõe-se aqui uma série de medidas objetivando a eliminação dos males que afetam a Previdência Social e Assistência Médica no Brasil.

HISTÓRICO DA PREVIDÊNCIA

A proteção ao trabalhador assalariado é uma decorrência da Revolução Industrial, que trouxe no seu bojo uma série de novas idéias políticas, sociais e econômicas que



começaram a se institucionalizar na Europa, no final do século XIX.

Antes, prevalecia na Europa o entendimento de que o Estado não deveria interferir na liberdade de negociação e contrato dos indivíduos, nem interferir nas relações entre o capital e o trabalho, entre patrões e operários, a fim de que ambos, teoricamente em igualdade e liberdade, pudessem fazer livremente suas composições quanto às condições de contrato de trabalho.

A experiência demonstrou que tal prática era iníqua, pois os patrões dispunham da faculdade de ofertarem um número menor de empregos do que os grandes contingentes de trabalhadores que se ofereciam para aceitá-los.

Esse quadro só se modificou quando as elites esclarecidas de países como Inglaterra, Alemanha e Itália promoveram a adoção de medidas de proteção aos trabalhadores assalariados. A partir de 1883, quando surge na Alemanha de Bismarck a primeira lei de seguro social obrigatório, a idéia de proteção so-

cial ao trabalho difunde-se rapidamente, tendo a própria Igreja Católica, através da Encíclica *RERUM NOVARUM*, do Papa Leão XIII, em 1891, passado a demonstrar sua preocupação com as questões sociais relacionadas com as condições de vida do trabalhador e seus dependentes.

No Brasil, no início do século XX, já circulava uma incipiente literatura visando a regulamentação do trabalho. O Código Civil, em 1915, dedicava cerca de vinte de seus artigos ao tema "locação de serviços", tratando a matéria apenas sob o prisma contratual.

A evolução política, social e econômica do Brasil viria, mais tarde, modificar a legislação trabalhista e criar a previdenciária. O marco histórico da mudança foi o Decreto Legislativo nº 4.682, de 24/02/23, que ficou conhecido pelo nome de Lei Eloy Chaves.

Essa Lei determinava a criação de "caixas de aposentadoria e pensões" para empregados em estradas-de-ferro e foram estendidas aos empregados de concessionárias de serviços públicos, multiplicando-se por todo o País.

Após a Revolução de 1930, com a criação do Ministério do Trabalho, Indústria e do Comércio e do Ministério da Educação e Saúde, inaugurou-se uma nova era na história da proteção social no Brasil. A partir de 1933, foram criadas entidades de âmbito nacional, de acordo com as categorias profissionais de seus associados, ou seja, os "Institutos de Aposentadoria e Pensões", que substituíram as pioneiras "Caixas" nas seguinte ordem cronológica:

- 1) Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Marítimos, IAPM, 1933;
- 2) Instituto de Aposentadoria e

*Professor de História Contemporânea da Universidade de Brasília, UnB

IDÉIAS

Pensões dos Servidores do Estado, IPASE, 1934; 3) Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Bancários, IAPB, 1934; 4) Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Comerciantes, IAPC, 1934; 5) Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Empregadores em Transporte e Cargas, IAPTEC, 1938, 6) Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Industriais, IAPI, 1938.

Foram criadas ainda nesse período, o Serviço de Alimentação da Previdência Social, SAPS, 1940; um serviço especial de proteção à maternidade, à infância e à velhice, a Legião Brasileira de Assistência, LBA, 1944; e um Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência, SAMDU, 1949; e o Instituto de Serviços Sociais do Brasil, ISSB, 1945, que englobaria todos os institutos e serviços, mas que não chegou a funcionar porque Vargas foi deposto e o Governo tomou novos rumos. Mesmo com a criação dos Institutos, algumas caixas conseguiram sobreviver até 1960, quando foram consolidados num Instituto chamado IAPFESP.

Em 1960 vieram a Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS), que visava unificar os direitos e deveres de todos os segurados dos Institutos e o Regimento Geral da Previdência Social, os quais não incluíam, ainda, nem os trabalhadores rurais, nem os avulsos e nem os domésticos.

Em 1960 todos os Institutos existentes, menos o IPASE, foram unificados no Instituto Nacional de Previdência Social, INPS, que passou a incluir também os serviços já criados. Em 1971 foi criado o Funrural, para atendimento dos rurícolas e em 1974 foi criado o Ministério da Previdência e Assistência Social, MPAS, desmembrado do Ministério do Trabalho. Em 1977, o Ipase e o Funrural foram absorvidos pelo INPS e foi instituído o SINPAS, que ficou assim constituído: INPS, agora responsável somente pela Previdência (benefícios), INAMPS, para a prestação de serviços médicos e o IAPAS, incumbido da administração financeira de todo o sistema. Esses institutos, mais a LBA, Funabem, Dataprev e a Ceme, formam todo o sistema Previdenciário do Brasil.

Quanto à assistência médica, por longos anos foi prestada no Brasil por entidades caritativas, tipo Santa Casa ou Beneficência. Em seguida,

surgiram os Hospitais das Clínicas, públicos e as Casas de Saúde, geralmente particulares. Com as Universidades vieram os hospitais-escolas. Essas instituições médicas, estaduais, municipais, federais ou particulares muitas vezes se confundiam e se duplicavam com prejuízos para o público. Isto levou à criação do Conasp — Conselho Consultivo de Saúde Previdenciária. Este novo órgão representou uma tentativa para se definir uma linha de atendimento na área de saúde, tornando-a mais racional. O Decreto nº 86.328, de 02/09/81, que criou o Conasp, encarrega o Ministério da Saúde de promover ações de saúde voltadas para as medidas de interesse coleti-

Os baixos salários da população ativa que entra anualmente no mercado de trabalho é outro fato a considerar: se não houver mudanças, milhões de brasileiros que se empregarão nos próximos dez anos vão ficar na faixa de um a três salários mínimos e o custo de sua assistência supera as contribuições pagas à Previdência.

vo, tipo campanhas de vacinação, preventivas, relacionadas com nutrição, coordenação da vigilância epidemiológica, fiscalização sanitária e outras pertinentes a drogas e alimentos.

Esse mesmo decreto reserva ao MPAS, através do INAMPS, o atendimento e assistência médica individualizada, ficando a seu encargo a execução das medidas a nível nacional para a prestação da assistência médica a todos os abrangidos pela Previdência. Infelizmente, a situação ainda não atingiu a níveis ideais, pois vários Ministérios, Estados e Municípios, continuam atuando na área da saúde, duplicando-se e onerando custos.

ANÁLISE DO MOMENTO

É extremamente complexa a atual conjuntura da Previdência e da Assistência Médica no Brasil devido ao

seu gigantismo e suas falhas estruturais. O INPS presta 16 tipos de benefícios diferentes e ainda oferece serviços sociais, assistenciais e de reabilitação profissional, visando a reintegração dos assistidos. O INAMPS, encarregado da assistência médica, tem um orçamento doze vezes maior do que o Ministério da Saúde. Para atender sua clientela o INPS tinha, em 1980, 443 agências, 114 postos de benefícios, 1.100 consultórios de perícias médicas, 16 centros de reabilitação profissional, 13 oficinas de reabilitação e treinamento profissional e mais de 6.000 médicos peritos e examinadores. Já o INAMPS, no mesmo ano, contava com 41 hospitais próprios, com 9.000 leitos, 550 postos de assistência médica, onde são feitos atendimentos e mais 9.000 consultórios de médicos credenciados. Mesmo assim, o INAMPS é obrigado a recorrer a convênios com hospitais, casa de saúde e laboratórios particulares para atender à clientela.

Tudo isso constitui-se, evidentemente, num complexo médico-empresarial de grande poderio econômico e político que é, muitas vezes, abusivo e corrupto. Cerca de 70% da assistência médico-hospitalar do Inamps dependem da compra desses serviços. Essa situação tem criado alguns problemas sérios, pois há um número excessivo de profissionais envolvidos nos serviços de saúde do Inamps. Alguns deles têm dupla ou tripla função no Sistema, incluindo convênios e prestação de serviços. Outros aspectos negativos são: disputa de preços entre o Inamps e as entidades conveniadas que resultam numa série de "mágicas contábeis", lesivas ao sistema médico previdenciário.

Financeiramente, a Previdência (Iapas) vive o drama dos déficits crônicos, que a imprensa irreverentemente chama de "rombo" e os burocratas batizaram de "dificuldades de fluxo de caixa". Atualmente, a situação é tão preocupante que até o FMI tem atentado para sua extensão, fazendo inclusive sugestões para minorar o problema.

Essas dificuldades decorrem obviamente de fatores conjunturais e estruturais. Entre os conjunturais, destaca-se a recessão econômica imposta à Nação nos últimos anos e entre os estruturais a histórica ineficiência do planejamento e gerenciamento dos recursos previdenciários.

IMPLICAÇÕES PSICOSSOCIAIS

Devemos frisar que a Previdência Social e a Assistência Médica não são manifestações de paternalismo. São atitudes inteligentes, não apenas do ponto de vista humano, mas principalmente do interesse nacional e empresarial. Os assalariados que trabalham despreocupados em relação ao futuro imediato tornam-se mais competentes, produtivos, são cidadãos com um forte sentimento patriótico profundamente arraigado. A certeza de que a cessação temporária de salário, a doença ou a morte não deixarão ao desamparo seus dependentes, faz dos que trabalham melhores cidadãos e valoriza o que de mais importante existe numa Nação: os seus recursos humanos. Por outro lado, a ausência da proteção previdenciária ou sua ineficiência produz resultados opostos.

A atual estrutura da Previdência Médica e Social encerra várias implicações psicossociais como as relacionadas com: a) Demografia - explosivo crescimento dos aglomerados urbanos em condições subumanas; b) Nível de renda - salários insuficientes para permitir uma existência saudável; c) Educação insuficiente influenciando nos padrões de higiene e comportamento; d) Cultura e hábitos de Comportamento, implicando em alarmantes índices de carências nutricionais; e) Condições sanitárias e habitacionais deficientes, favorecendo a ocorrência de traumas e desequilíbrios mentais e sociais; f) Más condições de trabalho, provocando seqüelas e doenças ocupacionais, e g) Condições ecológicas precárias, implicando nas várias formas de poluição e seus efeitos deletérios.

Essas condições desfavoráveis em que vivem a maioria dos brasileiros, geram uma clientela numerosa que procurará na Previdência e na Assistência Médica auxílio quando os males que a afligem atingem um ponto crítico.

VISÃO PROSPECTIVA E ESTRATÉGIAS

A prospecção para o futuro em relação aos problemas da Previdência e Assistência Médica no Brasil não poderá ser muito otimista. Em primeiro lugar, deve-se levar em conta o componente demográfico. Mais da metade da população tem menos de 20 anos e não entrou na



faixa que requer, com freqüência, os serviços médicos e previdenciários. Por outro lado, cerca de 30% da população estão na faixa dos 40 aos 59 anos, justamente a que mais procura tais serviços. Ora, se atualmente as despesas e a qualidade dos serviços já estão deixando o sistema médico-previdenciário desequilibrado, é de se esperar que tal situação agrave-se quando o número de segu-

rados, que atualmente está na faixa de 0 a 20 anos, alcançar a faixa dos 40 aos 59 anos, a menos que importantes reformas estruturais sejam implantadas.

Outro fato a considerar são os baixos salários da população que entra anualmente no mercado de trabalho. Os milhões de brasileiros, que se empregarão nos próximos 10 anos, ficarão na faixa entre 1 a 3 salários mínimos, constituirão famílias, que estarão buscando os serviços médico-previdenciários de custos maiores do que as contribuições cobradas sobre seus salários.

Outro fato a ser levado em conta é a aposentadoria por tempo de serviço. A legislação atual reza que isso pode ocorrer aos 30 anos de serviço com 80% do salário para os homens e com 95% do salário para as mulheres. Como a expectativa de vida tende a aumentar e a necessidade de se reforçar a renda familiar sempre colocará indivíduos jovens no mercado de trabalho, é de se prever que milhões de aposentadorias por tempo de serviço serão requeridos num futuro próximo, e que os aposentados por tempo de serviço serão relativamente jovens se comparados com os aposentados de outros países. Ainda no item aposentado-

Uma visão futura dos problemas da previdência no Brasil ainda não pode ser muito otimista: a presença de crescentes contingentes de jovens no mercado de trabalho e a expectativa de vida em ascensão são alguns dos componentes do cenário que se desenha no setor social do País, que chegou até a preocupar o FMI.

IDÉIAS

rias deve-se considerar a aposentadoria por idade ou velhice, que é paga ao segurado da Previdência, mediante requerimento, aos 65 anos e à segurada aos 60 nas mesmas condições. E, ainda relacionada com tempo e idade, deve-se lembrar a Renda Mensal Vitalícia, paga aos maiores de 70 anos, que com o aumento da expectativa de vida, terá cada vez mais beneficiários.

POLÍTICAS E ESTRATÉGIAS PARA O FUTURO

A crise da previdência e da assistência médica, examinada sob os aspectos histórico, constitucional, jurídico, administrativo, econômico, financeiro e psicossocial, indica a necessidade de uma profunda reformulação estrutural do Sistema Previdenciário brasileiro. Tal reformulação precisa ser elaborado em função do desenvolvimento do País como um todo, sendo necessariamente abrangente, permitindo atender à vocação democrática, liberal e humanística da Nação brasileira com a participação de todos os segmentos da população.

Para se alcançar tal desiderato, sugerimos as seguintes Políticas (*o que fazer*) e as seguintes estratégias (*como fazer*).

POLÍTICAS

a) Estabelecer o absoluto equilíbrio financeiro do Sistema Previdenciário; b) aumentar a receita da Previdência sem aumentar as contribuições dos segurados, isto é, dos trabalhadores; c) reformular os critérios vigentes para aposentadoria por tempo de serviço, resguardando-se os direitos adquiridos; d) erradicar, de maneira rápida e incisiva, as fraudes cometidas contra o sistema médico-previdenciário; e) fortalecer a atuação da Ceme, eliminando ao máximo a dependência de insumos importados para produção de medicamentos; f) racionalizar a fabricação, distribuição, propaganda e venda de medicamentos; g) melhorar o entrosamento do MPAS, com todas as instituições pertinentes à área do Bem-Estar Social; h) promover enfaticamente a melhoria das condições habitacionais, de saneamento e nutricionais da população brasileira.

ESTRATÉGIAS

a) Fazer com que a União contri-

bua regularmente com sua parcela de sustentação financeira da Assistência Médica e previdenciária e adotar orçamentos nos quais receita e despesa estejam rigorosamente equilibradas; b) cobrar das companhias particulares de seguros as des-



O INPS presta dezesseis tipos de benefícios e ainda oferece serviços sociais, assistenciais e de reabilitação profissional, visando a reintegração dos assistidos; o Inamps tem um orçamento doze vezes maior que o do Ministério da Saúde e, apesar de sua imensa rede de hospitais, recorre a instituições privadas.

pesas com a assistência aos acidentados atendidos pela Previdência, que também estejam cobertas por seguros obrigatórios; melhorar a eficiência da arrecadação punindo exemplarmente os sonegadores se necessário com legislação especial; melhorar o aproveitamento e desfrute do apreciável patrimônio previdenciário; c) alterar os critérios para aposentadoria por tempo de serviço, determinando que os segurados que entrarem para a previdência a partir de 1986 somente poderão requerer aposentadoria após mais de 30 anos de serviço, aumentando-se progressivamente a cada ano, um ano até se alcançar o total de cinco anos a mais do que os critérios atualmente vigentes; adoção do critério atuarial, além do cronológico, na reformulação dos conceitos determinantes da aposentadoria por tempo de serviço; d) punir de modo eficiente, inflexível, rápido e inexorável a todos os fraudadores da Previdência e da Assistência Médica, fazendo desaparecer a expectativa da impunibilidade; e) destinar à Ceme recursos que permitam a fabricação de insumos (matéria-prima) e dos medicamentos distribuídos pela Central de Medicamentos, tornando eficiente essa distribuição; f) limitar, segundo os critérios estabelecidos por organizações internacionais de saúde, o número máximo de medicamentos produzidos e vendidos no País; g) instituir, nas escolas primárias e secundárias do País, oportunidades para difusão das idéias básicas da Previdência e Assistência Médica, educando os futuros contribuintes no universo previdenciário; incentivar a realização de debates e simpósios sobre a Previdência em clubes de serviço, sindicatos, partidos políticos e outras entidades; h) promover aproximação e troca de conhecimentos entre o MPAS e os órgãos responsáveis pela formulação das políticas de habitação, saneamento e nutrição no País.

Como ficou demonstrado, a previdência social e assistência médica têm profundas implicações psicossociais no seio da Nação. Atualmente, as duas encontram-se em profunda crise e urge adotar-se, imediatamente, medidas visando reverter a situação crítica, em que se encontram, sob pena de se permitir que danos profundos destruam a finalidade precípua de sua existência. E esse tempo é agora.