O COMPLEXO PREVIDENCIÁRIO

DE ASSISTÊNCIA MÉDICA

281/ot
v.42

2033

ÍNDICE


PARTE I : O COMPLEXO PREVIDENCIÁRIO

Introdução ..... 7
2. O Setor Saúde e a atenção médica individual 10
3. Os Sistemas do Complexo Previdenciário .... 15
4. Considerações Gerais sobre os Convênios com Empresas ..... 20
5. Outras Formas de Convênios ..... 22
6. Dados Gerais sobre o Complexo Previdenciário. 24

PARTE II : UMA HISTÓRIA DA QUESTÃO "ASSISTÊNCIA MÉDICA" NA PREVIDÊNCIA SOCIAL BRASILEIRA

Introdução ..... 32
1. Antecedentes (pré-1923): O Estado Liberal versus as Reivindicações do Movimento Operário na Primeira República ..... 47
2. 1923-1930: A Crise do Estado Liberal e o nascimento de um modelo abrangente de Previdência e Assistência ..... 69
3. 1930-1945: Previdência Social = Seguro Social. Autoritarismo, industrialização e apogeu do Modelo de Capitalização ..... 113
4. 1945-1964: No rumo da "Seguridade Social". A Redemocratização e a Crise do Modelo de Capitalização ..... 278
5. 1964-1977: Do "privilegiamento do produtor privado" ao "complexo previdenciário" de assistência médica ..... 339

PARTE III: INVESTIGAÇÃO DE CAMPO - UM ESTUDO DE CASO NO MUNICÍPIO DE CAMPINAS

1. Introdução ..... 412
2. Metodologia ..... 413
3. Caracterização do Município ..... 417
4. Organização Social da Medicina no Município - Rede Pública e Rede Privada ..... 422
5. I.N.P.S.- 1976 ..... 437


2033

Autores : Jaime Araújo Oliveira
Sonia Fleury Teixeira
Cristina Possas
Roberto Passos Nogueira
Armando Ribeiro
Marcos Medeiros

Coordenador: Antonio Sergio da Silva Arouca

6. Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo - DRS-5 ..... 466
7. Secretaria de Saúde da Prefeitura Municipal de Campinas ..... 481
8. Sindicatos ..... 490
9. Questionários ..... 516

# PARTE I: O COMPLEXO PREVIDENCIÁRIO

I - INTRODUÇÃO

II - O SETOR SAÚDE E A ATENÇÃO MÉDICA INDIVIDUAL

III - OS SISTEMAS DO COMPLEXO PREVIDENCIÁRIO

IV - CONSIDERAÇÕES GERAIS SOBRE OS CONVÊNIOS COM EMPRESAS

V - OUTRAS FORMAS DE CONVÊNIO

VI - DADOS GERAIS SOBRE O COMPLEXO PREVIDENCIÁRIO

INTRODUÇÃO

O desenvolvimento de uma metodologia que dê conta da análise das formas de evolução histórica da prática médica suscita considerações conceituais que deverão servir de fundamento para a compreensão do atual padrão de organização de trabalho médico.

Cabe em primeiro lugar ressaltar as dificuldades inerentes à tentativa de entender esta evolução apenas a partir de uma descrição interna das transformações por que passou o trabalho médico em um dado período. Na verdade, o estudo de tais transformações indica que o objeto da medicina, ainda que biologicamente dado, é socialmente definido. Trata-se portanto de compreender de que forma emerge, ao nível da técnica médica enquanto prática social da transformação biológica e/ou psíquica, um dado objeto recortado no amplo espectro de alternativas social e cientificamente possíveis. Nesse sentido, a especificidade do trabalho médico em uma determinada formação social não se explicita nas modificações de ordem técnica e organizacional que se processam no decorrer do tempo, no decorrer do saber e da prática médica, ou seja, a especificidade da medicina em um dado momento histórico não deve se esgotar na singularidade de suas práticas, e sim em sua articulação com outras instâncias da vida social. Em outras palavras, a medicina não se autodetermina, ela é socialmente determinada.

Tomando desta forma a técnica médica como prática que se origina no social e sobre ele se constitui, seus limites situam-se em relações socialmente definidas. Torna-se, nesse sentido, importante desvendar o complexo emaranhado de práticas e intervenções denominado trabalho médico, em suas múltiplas formas de organização.

No entanto, o trabalho médico não pode ser pensado como uma categoria uniforme e homogênea. O desenvolvimento das atividades sanitárias no Brasil caracterizou-se, desde os seus primórdios, por uma bifurcação, como bem o mostra Rezende da Silva (1), orientando-se, de um lado, para as medidas de saúde coletiva, ou seja, as atividades de "saúde pública", consistindo na adoção de medidas destinadas à profilaxia em massa de moléstias infecto-contagiosas e ao controle e erradicação de surtos endêmicos, e, de outro lado,

para as atividades de saúde individual, dirigidas à assistência médica e hospitalar aos portadores de outras doenças, não endêmicas. A esta bifurcação no setor saúde corresponde uma evidente diferenciação da demanda, destinando-se em tese as medidas de saúde individual para os trabalhadores dos centros urbanos, sob responsabilidade dos órgãos previdenciários, dos Estados e dos Municípios, além do restrito setor de demanda de alto padrão de consumo, que recebe assistência médica desvinculada de qualquer subsídio público.

Neste sentido, tendo em conta esta diferenciação, qualquer estudo que se proponha a analisar as relações entre o "trabalho médico" ou o "setor saúde", como categorias homogêneas, e a estrutura social, arrisca-se a incorrer em erro metodológico na medida em que parte de um conceito genérico como "população" para estudar um sistema que se estrutura sobre uma demanda diferenciada.

Esta postura generalizante costuma permear os estudos contemporâneos de orientação funcionalista que se dedicam à análise das relações entre medicina e sociedade. Tais estudos, da chamada corrente "racionalizadora" em saúde, fundamentam-se na análise de sistema, cuja metodologia consiste em tomar a sociedade como um elemento dado e invariante, atribuindo os eventuais problemas do "setor saúde" a disfunções no interior do próprio subsistema, que devem ser corrigidas no sentido de se adequarem às exigências impostas por um sistema social em constante processo de equilibração. Partindo, assim, de uma teoria do equilíbrio social, em que os desajustes setoriais são explicados por um mau funcionamento eventual, elabora procedimenos técnicos baseados nas teorias de planejamento e administração, buscando operar transformações de acordo com uma lógica considerada interna ao próprio sistema, através das análises custo-benefício, do processo de tomada de decisões e da teoria dos jogos. Tenta desta forma fornecer alternativas para problemas tidos como administrativos, evitando assim a multiplicidade e superposição de funções, otimizando os recursos disponíveis no sentido da produtividade máxima expressa sob a forma de um maior rendimento dos serviços oferecidos à população.

Embora seja indiscutível a operacionalidade de tais procedimentos para a definição de uma política global de saúde, implicam, contudo, sérias limitações do ponto de vista analítico, e conduzem ao pragmatismo, na medida em que tomam as distorções no int

2045

rior do sistema como dados de um problema a ser resolvido, minimizando a relevância de explicações que procurem determinar as condições que lhes deram origem e que garantem a sua persistência.

Outra limitação importante são as dificuldades implícitas na conceituação e delimitação de um subsistema de saúde, pois grande parte dos problemas aí contidos extrapolam o âmbito das medidas estritamente assistenciais. Inúmeros estudos vinculam, por exemplo, o acentuado aumento da taxa de mortalidade infantil à queda do salário real na última década, resultante portanto da deterioração das condições de vida. Outros estudos, inclusive de organismos oficiais, constatam que a maior parte dos problemas de saúde pública no Brasil seriam contornados por condições adequadas de alimentação e de saneamento. Tais problemas, embora vinculados às esferas econômica e política, refletem-se sobre o chamado "setor saúde", o que evidencia as distorções contidas em estudos que pretendam analisá-lo como subsistema autônomo.

2040

Considerando desta forma os riscos e a complexidade de uma análise que tome como base o "setor saúde", decidimos restringir o escopo de nossa investigação a um de seus aspectos, ou seja, ãs medidas de saúde individual que compõem o atual sistema de atenção médica e sua relação com a sociedade.

Esta delimitação do campo de investigação não foi, contudo, arbitrária. Na verdade, a atual estruturação do "setor saúde" no Brasil revela uma tendência cada vez mais acentuada a privilegiar um sistema de atenção médica curativo e individualizado, estimulado pelo sistema previdenciário e voltado, em sua maior parte, para os trabalhadores dos grandes centros urbanos, em detrimento de um sistema preventivo voltado para o conjunto da população.

Tal tendência tornou-se mais evidente a partir de 1967, com a criação do Instituto Nacional da Previdência Social (INPS). Desde então, a participação relativa do Ministério da Saúde, responsável pelas medidas sanitárias de caráter coletivo, vem decrescendo na atual configuração do "setor saúde" no país.

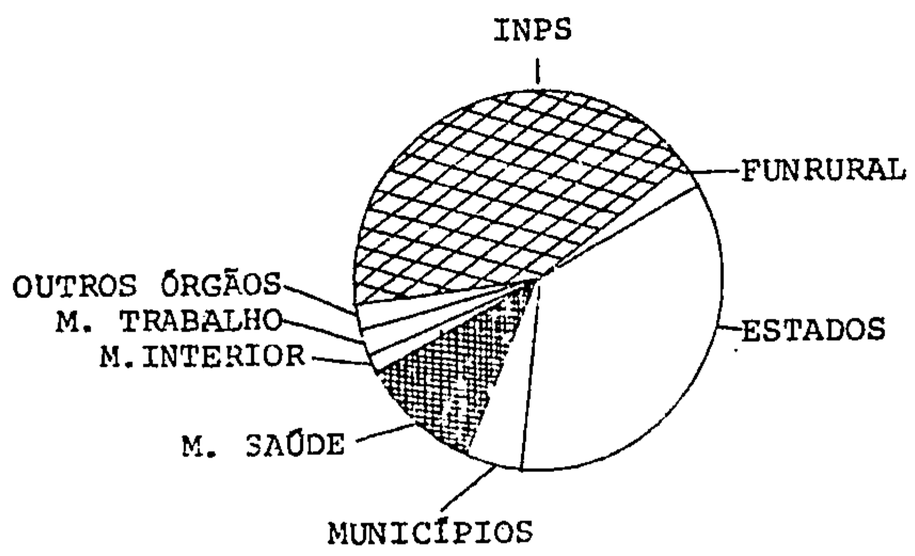
Em documento editado em 1973 pelo Ministério da Saúde (2), já se evidencia essa preocupação com o declínio de sua participação, quando se constata que "o Ministério da Saúde apresentou uma participação declinante nas despesas totais durante o período, partindo de 12,6% em 1968 para 5,3% em 1971, sendo interessante assinalar que a queda de participação relativa do Ministério coincidiu sempre com incrementos reais das despesas totais com a função saúde por fontes de recursos internos".

Na verdade, a maior participação nas despesas realizadas pelo Setor Público com a função Saúde coube, já no período 1968/1971, ao Instituto Nacional de Previdência Social, que teve participação crescente no total, sendo responsável pela aplicação de mais da metade dos recursos públicos destinados à função, a partir de 1969, e apresentando um incremento médio anual de 24% no período, conforme dados da tabela I, em anexo. Tais dados, apresentados pelo Ministério, permitem constatar que "do total de Cr$ 56,00 per capita dispendidos em 1971 pelo setor público com a função, cou

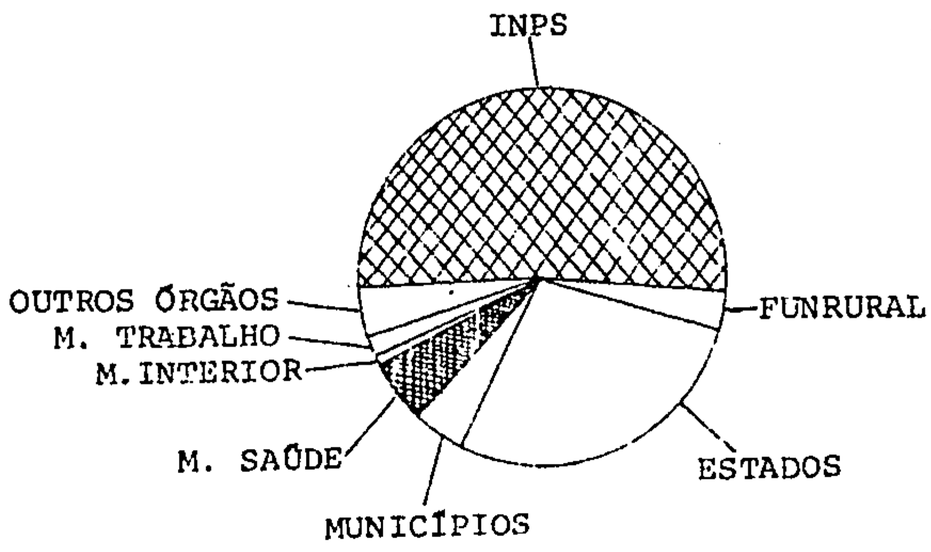
be ao INPS, isoladamente, cerca de Cr$ 30,00, enquanto ao Ministério da Saúde correspondia, apenas, o montante correspondente a Cr$ 3,00".

O gráfico que se segue apresenta a distribuição de despesas pelo setor, ilustrando os dados da tabela I, anexa:

EVOLUÇÃO DA PARTICIPAÇÃO PERCENTUAL DAS PRINCIPAIS FONTES DE RECURSOS INTERNOS NAS DESPESAS REALIZADAS COM A FUNÇÃO SAÚDE NO PERÍODO 1968/1971.




- 1968




- 1971

[redacted]te: PAPPE - Ministério da Saúde

Tabela I

CONSOLIDAÇÃO DAS DESPESAS REALIZADAS PELO SETOR PÚBLICO COM A FUNÇÃO SAÚDE POR FONTES DE RECURSOS INTERNOS – 1968/1971

- em milhões de cruzeiros de 1971

| FONTES DE RECURSOS | 1968 | % | 1969 | % | 1970 | % | 1971 | % |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| I. UNIÃO | 648,8 | 17,7 | 538,7 | 11,7 | 633,3 | 12,8 | 622,0 | 11,0 |
| 1. Ministério da Saúde | 460,4 | 12,6 | 388,1 | 8,5 | 329,0 | 6,8 | 285,1 | 5,0 |
| 2. Ministério do Interior | 19,0 | 0,5 | 8,9 | 0,2 | 7,0 | 0,1 | 7,8 | 0,0 |
| 3. Ministério do Trabalho e da Previdência Social | 95,7 | 2,6 | 43,2 | 0,9 | 96,0 | 1,9 | 107,0 | 2,0 |
| 4. Outros Órgãos | 71,7 | 2,0 | 98,5 | 2,1 | 201,3 | 4,0 | 222,1 | 4,0 |
| II. ESTADOS | 1.183,4 | 32,4 | 1.474,3 | 32,0 | 1.112,4* | 22,3 | 1.439,0 | 26,0 |
| III. MUNICÍPIOS | 208,5 | 5,7 | 225,9 | 4,9 | 246,0* | 4,9 | 249,0* | 4,0 |
| IV. FUNRURAL | 54,0 | 1,5 | 96,4 | 2,1 | 133,8 | 2,7 | 150,3 | 2,0 |
| V. INPS | 1.556,6 | 42,7 | 2.272,8 | 49,3 | 2.858,5 | 57,3 | 2.898,7 | 54,0 |
| 1. Secretaria de Assistência Médica | 1.495,9 | 41,0 | 2.150,1 | 46,6 | 2.689,8 | 53,9 | 2.684,2 | 50,0 |
| 2. Outras Secretarias | 60,7 | 1,7 | 122,7 | 2,7 | 168,7 | 3,4 | 214,5 | 4,0 |
| TOTAL | 3.649,3 | 100,0 | 4.608,1 | 100,0 | 4.984,0 | 100,0 | 5.359,0 | 100,0 |

Fonte: PAPPE - Ministério da Saúde

* dados estimados

Conclui-se a partir de tais dados que a organização do chamado "setor saúde" vem apresentando uma tendência cada vez mais acentuada no sentido assistencial e curativo, privilegiando a assistência médica individual, em detrimento de medidas de caráter preventivo, o que se expressa na expansão do cuidado médico como atividade de importância crescente no interior do sistema previdenciário, sendo um bom indicador disso a dimensão da Secretaria de Assistência Médica do Instituto Nacional de Previdência Social. Seu volume de gastos em saúde em 1970 e 1971, conforme dados da tabela I, apresentou-se superior ao total da despesa realizada conjuntamente pela União, Estados e Municípios. Já alcançava, aliás, em 1968 e 1969, cerca de 73% e 96%, respectivamente, de tais gastos.

Esta tendência no sentido da assistência individual vem se acentuando ao mesmo tempo em que se alastram no país doenças que exigem medidas preventivas de natureza mais ampla. Segundo o próprio Ministério da Saúde, existem no Brasil atualmente 40 milhões de vítimas de bócio e tracoma, cerca de 10 milhões de doentes mentais, 8 milhões de reumáticos, 7 milhões de esquistossomóticos e 5 milhões de portadores da "doença de Chagas". Acredita-se, inclusive, que alguns desses dados já possam estar subestimados, pois em conferência realizada em agosto de 1976, o ministro Almeida Machado apresentava um novo dado em relação à esquistossomose: existiriam 10 milhões de contaminados.

Diante deste padrão de morbidade, temos um sistema assistencial curativo que centraliza a maior parte dos recursos do setor sob controle da Previdência Social, que regulamenta inclusive a rede privada de assistência médica, constituindo o que daqui por diante iremos chamar de complexo previdenciário. Tendo em conta, portanto, a acentuada tendência no sentido da assistência médica individual, a presente investigação se propõe a sugerir e discutir hipóteses explicativas de suas origens e de seus determinantes, a partir de um estudo do complexo previdenciário em seu sentido mais amplo, estendendo a análise ao âmbito da articulação entre setor público e privado, mais especificamente ao acordo triangular entre o Instituto Nacional de Previdência Social, as indústrias e as empresas médicas. Trata-se, enfim, de tentar esclarecer as condições que determinaram a transformação da assistência médica de atividade secundária em atividade principal da Previdência Social, co

2050

locando sob o controle do sistema previdenciário, de forma direta ou indireta, a quase totalidade (segundo algumas fontes, noventa por cento) da medicina praticada hoje no país.

A primeira parte da investigação terá um cunho essencialmente descritivo, visando fornecer uma visão abrangente da atual estrutura da assistência médica no país. A seguir, em uma segunda parte, será apresentada uma análise histórica da evolução da assistência médica no interior do sistema previdenciário, visando identificar alguns determinantes de sua expansão. E, finalmente, na terceira parte, serão discutidas as principais hipóteses suscitadas pelo material apresentado, a partir de um estudo de caso no município de Campinas (SP).

2051

## 3 - OS SISTEMAS DO COMPLEXO PREVIDENCIÁRIO

Denominamos complexo previdenciário o conjunto de atividades médico-assistenciais desenvolvidas pelo sistema próprio e contratado do Instituto Nacional de Previdência Social.

O sistema é constituído de 26 hospitais próprios e 2.271 hospitais contratados.

1. Sistema próprio:

O sistema próprio compreende:

Pessoal: 3.421 médicos
9.477 outros membros da equipe de saúde

Recursos: 194 salas de parto e cirurgia
15.531 leitos

Além dos hospitais, o sistema próprio possui 449 postos de assistência, cujos recursos se distribuem como se segue:

5.519 consultórios
19.179 médicos
1.484 dentistas
12.615 outros membros da equipe de saúde

Possui ainda um sistema próprio composto de 69 farmácias.

2. Sistema contratado:

O INPS firmou o princípio da compra de serviços de terceiros. O sistema contratado envolve, em sua maior parte, a rede privada de prestação de serviços, embora haja uma tendência mais recente no sentido de enfatizar convênios com hospitais universitários e com Secretarias de Saúde.

Os hospitais próprios destinar-se-iam, neste esquema, aos serviços de alta especialização e, eventualmente, a prestar cobertura, em caráter supletivo, onde a capacidade instalada fosse totalmente insuficiente e os órgãos oficiais, municipais ou estaduais

e a comunidade, se mostrassem incapazes de suprir as necessidades da região.

Do atual sistema contratado depende, sem dúvida, a assistência médico-hospitalar do INPS. Os quadros que se seguem demonstram a parcela de participação dos serviços prestados pela iniciativa privada:

INPS - SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA
COORDENAÇÃO DE PLANEJAMENTO
DESPESA COM ASSISTÊNCIA MÉDICA

| ANO | DESPESA GERAL | DESPESA SERVIÇOS TERCEIROS | % DE SERVIÇOS COMPRADOS |
|---|---|---|---|
| 1969 | 1.293.361.627,00 | 1.203.496.056,00 | 93,05 |
| 1970 | 1.882.922.807,00 | 1.739.662.437,00 | 92,39 |
| 1971 | 2.259.381.944,00 | 2.074.136.548,00 | 91.80 |
| 1972 | 2.900.294.084,00 | 2.522.362.263,00 | 86.97 |
| 1973 | 4.210.566.393,00 | 3.613.322.549,00 | 85.82 |
| 1974* | 6.058.989.192,00 | 5.602.996.953,00 | 92,47 |
| 1975* | 8.243.440.000,00 | 7.565.666.500,00 | 91,78 |

*OBS.: Despesas subordinadas ao limite atuarial*
** = Previsão*

No entanto, esta dependência se estrutura sobre um sistema contratado de baixa qualificação, pois a percentagem dos hospitais que atingiram a primeira e segunda categorias, depois de classificados na Portaria SAMES - 8/74, ainda é muito reduzida, restringindo-se a 30%.

Este dado é de extrema importância se considerarmos que 96% da assistência médico-hospitalar do sistema é prestada por terceiros, conforme dados que se seguem:

2053

PREVIDÊNCIA SOCIAL URBANA

SERVIÇOS PRESTADOS E METAS PARA 1976

| ATIVIDADES | | SERVIÇOS PRESTADOS 1974 | SERVIÇOS PRESTADOS 1975 | METAS p/1976 |
|---|---|---|---|---|
| Área de assistência médica | | | | |
| CONSULTAS MÉDICAS | Serviços próprios | 44.258.192 | 45.869.643 | 55.117.400 |
| | Serviços contratados | 11.126.435 | 34.156.187 | 41.042.600 |
| Atendimento odontológico | | 6.360.844 | 6.553.257 | 8.269.100 |
| INTERNAÇÕES HOSPITALARES | Hospitais próprios | 176.662 | 222.325 | 243.767 |
| | Hospitais contratados | 3.906.040 | 5.005.180 | 5.550.696 |

Como vemos acima, ao sistema contratado cabem 96% das internações hospitalares e cerca de 45% das consultas a nível ambulatorial.

O sistema contratado estrutura-se de duas formas: credenciamento e convênios. O credenciamento é feito com casas de saúde cujo pagamento é por unidade de serviço, com exceção de tisiologia e psiquiatria, em que o contrato é global, por diária.

Quanto ao credenciamento, os dados são os seguintes:

SERVIÇOS AMBULATORIAIS CREDENCIADOS

| | |
|---|---|
| Médicos | 12.314 |
| Dentistas | 2.200 |
| Laboratórios | 1.990 |
| Radiologistas | 872 |

HOSPITAIS CREDENCIADOS

| | |
|---|---|
| Hospitais | 2.771 |
| Leitos | 235.884 |

Impõe-se a distinção entre credenciamento e convênios porque, conforme dados do IIº Congresso da ABRAMGE (Associação Brasi-

leira de Medicina de Grupo), realizado em 1974, existem convênios diretos entre as empresas e os grupos médicos ainda não registrados no INPS. Isto pode significar que existem hospitais credenciados cujos convênios não são intermediados pelo INPS.

Segundo as informações do Congresso, um grande número de grupos ainda não estão registrados no INPS. O total de grupos médicos oficiais, já funcionando com convênios chamados diretos, é de 136, com 2.845 firmas em convênios e um total de 3.485.000 assistidos. Por outro lado, o número total de assistidos por convênios diretos sem a interveniência do INPS, entre as empresas e os grupos médicos, é de cerca de 2.500.000, o que perfaz um total de 6,5 milhões de pessoas assistidas sob a responsabilidade de grupos empresariais médicos.

Os convênios do INPS distribuem-se da seguinte forma:

CONVÊNIOS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA

| | |
|---|---|
| Empresas . . . . . | 3.131 |
| Sindicatos . . . . . | 418 |
| Universidades . . . . . | 15 |
| Prefeituras Municipais . . . . . | 13 |
| Governo Estadual . . . . . | 21 |
| Demais Entidades . . . . | 56 |

O convênio com empresas, que constitui a maior parte do sistema de convênio, realiza-se pelo "sistema de captação pré-pago". O INPS estabelece as bases do convênio em um sistema de reembolso de 5% do maior salário mínimo vigente "per capita" do número total de empregados para a empresa que decidir montar serviço médico próprio, o que na maior parte dos casos ocorre em um acordo triangular entre INPS-INDÚSTRIA-EMPRESA MÉDICA. Este sistema de pré-pagamento leva a empresa médica a uma análise cuidadosa dos custos, pois sendo o reembolso pré-fixado, o sistema de atendimento médico se desenvolve no sentido de uma diminuição progressiva do custo unitário por operação.

O pagamento é feito mediante a apresentação de fatura, acompanhada da comprovação do recolhimento das contribuições rela-

tivas ao mês de competência, sendo realizado pelo INPS no prazo máximo de 30 dias, conforme cláusula contratual.

Por sua relação com as empresas, os grupos médicos tendem a se concentrar nas regiões mais industrializadas do país, conforme os dados do IIº Congresso da ABRAMGE.

GRUPOS EMPRESARIAIS MÉDICOS
EM AÇÃO NO BRASIL CADASTRADOS OFICIALMENTE
PELO INPS NAS DIFERENTES REGIÕES

| | Nº DE GRUPOS MÉDICOS | INDÚSTRIAS | Nº DE ASSISTIDOS |
|---|---|---|---|
| B. Horizonte | 6 | 50 | 200.000 |
| Ex-Guanabara | 11 | 585 | 400.000 |
| P. Alegre | 2 | 210 | 85.000 |
| Recife | 11 | 310 | 120.000 |
| Salvador | 2 | 190 | 120.000 |
| S. Paulo (Capital) | 100* | 1.500 | 2.500.000 |
| Interior de São Paulo | 4 | -** | 100.000 |

* - *"registrados oficialmente"*
** - *não consta*

A disparidade é evidente. A relação grupo médico/nº de assistidos é de 1/25.000 em São Paulo (Capital) o que mostra uma maior concentração de recursos em cada grupo médico. E a concentração em São Paulo é certamente bem maior, uma vez que existem grupos médicos não registrados no INPS em convênio direto com as empresas.

2053

CONSIDERAÇÕES GERAIS SOBRE OS CONVÊNIOS COM EMPRESAS
E INDÚSTRIAS POR PARTE DAS EMPRESAS MÉDICAS

Como se trata de um sistema de pré-pagamento, as empresas médicas definem alguns critérios para a celebração dos convênios: empreendem rigorosos estudos da população a ser coberta, verificando as condições de alimentação, saneamento e trabalho, procurando escolher a mão-de-obra de melhor poder aquisitivo e de menor idade, o que implica em um número menor de dependentes. Buscam, portanto, empregados com melhores condições de saúde que acionarão menos os serviços médicos e, quando o fizerem, dificilmente seu tratamento será oneroso. Muitos destes grupos investem em medidas de caráter preventivo, como imunização e educação sanitária, evitando desta forma o ônus de freqüentes consultas médicas e internações, com uma política de combate à cronicidade das patologias em geral. Os convênios são, de preferência, realizados com firmas que detêm uma mão-de-obra mais especializada, cujo salário médio é mais elevado, como as indústrias de maior porte, bancos e grandes empresas comerciais.

Os convênios exigem, em geral, uma complementação por parte da indústria, uma vez que a parcela prevista pela tabela do INPS não é suficiente para cobrir os gastos. Alguns cobrem apenas uma parcela dos trabalhadores da indústria e o resto vai para o INPS.

Os convênios com empresas médicas possibilitam uma racionalização do atendimento aos trabalhadores por parte da indústria, permitindo um rápido retorno da força de trabalho à produção, evitando que os mesmos tenham que recorrer às filas e à burocracia do INPS. Além disso, permitem um maior controle da mão-de-obra, já que as intervenções sobre esta são realizadas em comum acordo entre a indústria e a empresa médica no que diz respeito à seleção do pessoal para admissão (que, no interesse de ambas, deverá ser o mais saudável possível), ao controle da concessão da licença para tratamento, ao abono de faltas (evitando nestes casos recorrer ao INPS, que tende a ser benevolente) e à opção por determinados tipos de tratamento.

Esse aspecto de controle, realizado por duas empresas em comum acordo no que diz respeito às intervenções sobre o trabalha-

dor, é fundamental para que se possa analisar as implicações sociais dos convênios entre indústria e empresa médica, controle este que deve ser ainda maior naqueles casos em que o convênio é celebrado diretamente, sem intermediação do INPS.

2058

OUTRAS FORMAS DE CONVÊNIO

1. Convênio com casas de saúde para atendimento direto dos beneficiários: correspondendo à maior parte do sistema credenciado, esta modalidade de convênio se estabelece segundo o esquema de pagamento por unidade de serviço. Existem tabelas definindo o montante de unidades de serviço por tratamento adotado, e o pagamento é feito pelo número de serviços realizados. Este sistema de pagamento leva a sérias distorções: o parto cirúrgico, por exemplo, é melhor contemplado na tabela de honorários por unidade de serviços do que o parto normal. Resultados de uma pesquisa realizada em 60 maternidades do antigo estado da Guanabara mostraram que o coeficiente de cesarianas chegava a mais de 60%, enquanto que a proporção prevista pela Organização Mundial de Saúde é de 5%. O sistema de pagamento por unidade de serviço induz, assim, à realização de um número cada vez maior de intervenções cirúrgicas, ao passo que, nos convênios de pré-pagamento, a lógica é a de restringir a um mínimo as intervenções, para reduzir os custos, elevando assim os lucros.

2. Convênios com casas de saúde particulares nas áreas de tisiologia e psiquiatria. Nestes casos a modalidade de contrato é diferente. Trata-se do chamado contrato global, em que o pagamento é feito por diária. A lógica aqui é semelhante à do sistema de pré-pagamento: redução dos custos com um mínimo de intervenções.

3. Convênios com Secretarias de Saúde (21 convênios). O INPS transfere 70% do seu orçamento no setor e a Secretaria de Saúde encarrega-se do atendimento. Trata-se de uma política de redução dos custos por parte do INPS e que satisfaz às Secretarias Estaduais, carentes de recursos em sua maioria, evitando assim as distorções dos contratos globais por diárias com casas de saúde particulares e favorecendo o tratamento ambulatorial.

4. Convênios com Sindicatos. O INPS credencia o Sindicato para o atendimento de seus filiados.

Há 418 Sindicatos conveniados.

5. Convênios com Universidades. Há 15 convênios com hospitais universitários. Trata-se do convênio MEC-MPAS, modalidade de contrato global em que o pagamento é feito por alta. Esta nova forma de convênio suprimiu, onde havia, o regime de pagamento por unidade de serviço nos hospitais de ensino.

2000

DADOS GERAIS SOBRE O COMPLEXO PREVIDENCIÁRIO

Estimativa da População de Beneficiários e de Consultas

| Ano | POPULAÇÃO | | | CONSULTAS | |
|---|---|---|---|---|---|
| | Urbana | Beneficiária | Estágio Atual 1,6 con/ben/ano | Metas a serem atingidas 1,8 con/ben/ano | 2 con/ben/ano |
| 1975 | 64.546.900 | 50.400.000 | 80.640.000 | | |
| 1976 | 67.296.900 | 54.700.000 | | 98.460.000 | |
| 1977 | 70.126.200 | 59.300.000 | | 106.740.000 | |
| 1978 | 73.037.100 | 63.900.000 | | | 127.800.000 |
| 1979 | 76.031.800 | 68.500.000 | | | 137.000.000 |

Estimativa do Número de Internações Hospitalares

| Ano | | INTERNAÇÕES HOSPITALARES | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Total | Cirurgia - 23% | | | | Obstetrícia 27% | Clínica Médica 44% | Tisiopneumologia 1% | Psiquiatria 5% |
| | População Beneficiária | (10,6% da população beneficiária | Total (100%) | Pequena (30%) | Média (50%) | Grande (20%) | | | | |
| 1976 | 54.700.000 | 5.794.463 | 1.349.231 | 404.769 | 674.616 | 269.846 | 1.574.956 | 2.572.248 | 42.164 | 255.884 |
| 1977 | 59.300.000 | 6.285.800 | 1.445.700 | 433.710 | 722.850 | 289.140 | 1.697.300 | 2.765.700 | 62.800 | 314.300 |
| 1978 | 63.900.000 | 6.773.400 | 1.557.900 | 467.370 | 778.950 | 311.580 | 1.828.800 | 2.980.300 | 67.700 | 338.700 |
| 1979 | 68.500.000 | 7.261.000 | 1.670.000 | 501.000 | 835.000 | 334.000 | 1.960.500 | 3.194.800 | 72.600 | 363.100 |
| 1980 | 73.300.000 | 7.875.800 | 1.811.500 | 543.450 | 905.750 | 362.300 | 2.126.500 | 3.465.300 | 78.700 | 393.800 |



2061

MOVIMENTO AMBULATORIAL E HOSPITALAR NO PERIODO 1971/75

| Especificação | 1971 | | 1972 | | 1973 | | 1974 | | 1975 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Nº de casos | Ac. % | Nº de casos | Ac. % | Nº de casos | Ac. % | Nº de casos | Ac. % | Nº de casos | Acréscimo % |
| 1. SERVIÇO AMBULATORIAL | | | | | | | | | | |
| 1.1 - Consultas ..... | 47.799.459 | - | 51.231.079 | 7 | 52.258.910 | 2 | 55.384.627 | 6 | 80.025.930 | 44 |
| 1.2 - Serviços Diversos... | 32.644.414 | - | 40.325.320 | 24 | 42.696.649 | 6 | 46.403.526 | 9 | 60.478.930 | 30 |
| 2. INTERNAÇÕES HOSPITAL | | | | | | | | | | |
| 2.1 - Clínica Médica ..... | 1.139.872 | - | 1.406.181 | 23 | 1.626.827 | 16 | 1.810.047 | 11 | 2.031.102 | 27 |
| 2.2 - Cirurgia ..... | 705.509 | - | 794.676 | 13 | 806.443 | 1 | 860.959 | 7 | 1.192.326 | 38 |
| 2.3 - Obstetrícia ..... | 921.541 | - | 1.013.333 | 10 | 1.066.827 | 5 | 1.181.572 | 11 | 1.411.426 | 19 |
| 2.4 - Psiquiatria ..... | 138.512 | - | 162.183 | 17 | 176.636 | 9 | 197.699 | 12 | 224.648 | 14 |
| 2.5 - Tisiopneumologia ... | 26.155 | - | 29.533 | 13 | 31.318 | 6 | 32.425 | 4 | 35.978 | 11 |
| 2.6 - Emerg.n/segurados .. | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Total de Informações ..... | 2.931.589 | - | 3.405.906 | 16 | 3.708.051 | - | 4.082.702 | - | 5.227.505 | 28 |

COMPARATIVO DE CONSULTA/INTERNAÇÃO — 1975

| Prestadores de Serviço | Nº de consultas | Nº de internações | Relação cons. int. |
|---|---|---|---|
| 1 - Próprios + contratados | 60.034.485 | 4.876.057 | 12,3 |
| 2 - Convenentes ..... | 19.991.445 | 351.448 | 56,9 |
| 3 - Total (1 + 2) ..... | 80.025.930 | 5.227.505 | 15,3 |

RELAÇÃO CONSULTA/BENEFICIÁRIO E INTERNAÇÃO/BENEFICIÁRIO/75

| | |
|---|---|
| População beneficiária ..... | 50.016.206 |
| Nº de consultas ..... | 80.025.930 |
| Nº de internações ..... | 5.227.505 |
| Relação cons./beneficiário ..... | 1,6 |
| Relação int./beneficiário ..... | 0,1 |

INPS - ASSISTÊNCIA MÉDICA

| 1975 | CONSULTAS | INTERNAÇÕES | RELAÇÃO CONSULTAS/ INTERNAÇÕES |
|---|---|---|---|
| Serviços Próprios | 45.869.643 | 222.325 | 206,3 |
| Credenciados | 14.164.842 | 4.705.732 | 3,0 |
| Convênios | 19.991.445 | 301.448 | 66,3 |
| TOTAL | 80.025.930 | 5.227.505 | 15,3 |

*FONTE: Programa de ação para o INPS 1975 - Resultados - MPAS/INPS.*

Como mostra o quadro comparativo consulta/internação, o sistema próprio mais o contratado, pelo alto volume de internações que é estimulado pelo sistema de pagamento por unidades de serviço, apresentam uma relação de 12,3%, em contraste com o sistema convenente, que funciona em regime de pré-pagamento, cuja lógica é a redução dos custos de internação, e que apresenta uma relação consulta/internação de 56,9. Esta diferença sugere fortemente que o volume de internações é, ao menos em parte, determinado pelo regime de pagamento de contratos e convênios estabelecido pelo INPS. Existem certamente outras variáveis importantes, entre as quais as condições mais precárias de saúde dos beneficiários que recorrem ao sistema próprio do INPS e às casas de saúde contratadas, em contraste com as melhores condições de saúde, em média, dos trabalhadores das indústrias que se servem dos convênios, o que se deve tanto ao rigor dos mecanismos de seleção profissional como às medidas preventivas e de controle adotadas pelos grupos empresariais médicos, no sentido de evitar o ônus das internações.

No que diz respeito, mais especificamente, à relação consulta/beneficiário e internação/beneficiário, deve-se ter em conta que o acesso aos serviços não é uniforme em todo o país, o que faz com que determinados setores da população utilizem intensamente os

serviços médicos concentrados em determinadas regiões, e em outras se ressintam da escassez desses serviços.

As unidades de urgência do INPS são em número reduzido: 250 em todo o país. A maior parte dos hospitais que têm convênio com o INPS não atende a emergências após as 19 horas. Os convênios com novas unidades visam reforçar o atendimento de urgência no período das 19 às 6 horas da manhã, inclusive nos fins de semana e feriados. O credenciamento destas novas unidades permitiria, de acordo com as previsões, ampliar o atendimento no setor.

ATENDIMENTO DE URGÊNCIAS MÉDICAS E ODONTOLÓGICAS

1 9 7 6

| ESPECIFICAÇÃO | POPULAÇÃO URBANA | POPULAÇÃO BENEFICIÁRIA | NÚMERO DE CONSULTAS | URGÊNCIAS |
|---|---|---|---|---|
| Brasil | 67.296.900 | 53.422.222 | 96.160.000 | 14.474.000 |
| Alagoas | 790.200 | 627.284 | 1.135.051 | 170.258 |
| Amazonas | 708.100 | 562.110 | 1.009.358 | 151.404 |
| Bahia | 3.871.000 | 3.072.912 | 5.558.939 | 883.840 |
| Ceará | 2.285.800 | 1.814.534 | 3.270.182 | 490.527 |
| Rio de Janeiro | 9.830.500 | 7.803.735 | 14.127.785 | 2.119.168 |
| Capital | - | - | - | - |
| Interior | - | - | - | - |
| Espírito Santo | 963.800 | 765.092 | 1.370.617 | 205.593 |
| Goiás | 1.735.245 | 1.377.487 | 1.436.637 | 215.496 |
| Maranhão | 995.300 | 790.098 | 1.419.156 | 212.873 |
| Mato Grosso | 931.700 | 739.610 | 1.321.980 | 198.297 |
| Minas Gerais | 7.689.900 | 6.104.465 | 11.022.850 | 1.653.428 |
| Pará | 1.401.800 | 1.112.869 | 2.002.992 | 300.449 |
| Paraíba | 1.234.600 | 980.061 | 1.777.876 | 266.681 |
| Paraná | 3.389.700 | 2.690.842 | 4.809.856 | 721.478 |
| Pernambuco | 3.556.900 | 2.823.570 | 5.101.285 | 765.193 |
| Piauí | 742.900 | 589.736 | 1.054.869 | 158.230 |
| Rio Grande do Norte | 969.500 | 769.618 | 1.382.044 | 207.307 |
| Rio Grande do Sul | 4.432.800 | 3.518.884 | 6.372.773 | 955.916 |
| Santa Catarina | 1.661.700 | 1.319.105 | 2.363.176 | 354.476 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| São Paulo | 18.775.700 | 14.904.692 | 26.735.333 | 4.010.300 |
| Sergipe | 508.100 | 403.344 | 732.187 | 109.828 |
| Distrito Federal | 821.555 | 652.174 | 2.155.054 | 323.258 |

*OBS.: Custo médio de atendimento de urgência médica e odontológica - Cr$ 56,00 (Valor atual).*

As informações acima constam, por extenso, do trabalho do Dr. Daphnis Ferreira Souto, publicado na Revista Brasileira de Saúde Ocupacional de jan./mar. 1976.

DEMONSTRATIVO DAS DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA
Exercícios de 1971 a 1976

Brasil — Em Cr$ 1,00

| Sub-atividades | REALIZADA | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 1971 | % | 1972 | % | 1973 | % | 1974 | % | 1975 | % | 1976 | % |
| 030-Ass.Psiq. | 221.129.704 | 100 | 263.731.572 | 120 | 325.611.825 | 120 | 401.918.628 | 120 | 687.158.827 | 170 | 906.243.100 | 132 |
| 031-Adm.Esp. | - | 100 | 4.641.539 | 100 | 19.177.150 | 141 | 28.657.521 | 149 | 43.639.784 | 152 | 59.806.900 | 137 |
| 032-Ass.Ambl. | 482.236.349 | 100 | 658.521.974 | 137 | 920.233.077 | 140 | 1.199.786.367 | 130 | 1.978.137.159 | 165 | 3.314.481.000 | 168 |
| 033-Ass.Tisiop. | 90.558.220 | 100 | 98.301.944 | 109 | 127.410.013 | 130 | 162.336.425 | 127 | 228.755.273 | 141 | 356.236.000 | 156 |
| 034-Ass.H.Clr. | 579.886.774 | 100 | 730.578.555 | 126 | 1.055.239.716 | 144 | 1.510.843.863 | 143 | 2.414.653.094 | 160 | 3.256.277.100 | 135 |
| 035-Ass. à Mat. | 292.087.531 | 100 | 355.093.591 | 122 | 485.610.716 | 137 | 674.198.061 | 139 | 1.035.411.748 | 154 | 1.445.355.200 | 140 |
| 036.Ind. Ferm. | 13.920.550 | 100 | 22.719.546 | 163 | 14.337.458 | 40 | - | - | - | - | - | - |
| 037-Farmácia | 25.352.560 | 100 | 30.333.203 | 120 | 42.967.578 | 142 | 70.124.555 | 163 | 168.732.007 | 241 | 334.308.100 | 198 |
| 038-Ass.M.Gl. | 100.188.044 | 100 | 159.596.964 | 159 | 275.522.792 | 172 | 363.754.157 | 132 | 517.627.388 | 142 | 890.227.800 | 172 |
| 039-Ass.H.Cl.Md. | 454.022.212 | 100 | 576.675.196 | 127 | 944.456.068 | 164 | 1.277.402.650 | 135 | 1.939.651.976 | 152 | 2.767.064.800 | 143 |
| TOTAIS ..... | 2.259.381.944 | 100 | 2.900.294.084 | 128 | 4.210.566.393 | 145 | 5.689.022.227 | 13 | 9.013.767.256 | 158 | 13.330.000.000 | 148 |

# PARTE II

## UMA HISTÓRIA DA QUESTÃO

## "ASSISTÊNCIA MÉDICA" NA PREVIDÊNCIA SOCIAL BRASILEIRA

INTRODUÇÃO

1. Antecedentes (pré-1923): O Estado liberal versus as reivindicações do movimento operário na Primeira República.

2. 1923-1930: A crise do Estado liberal e o nascimento de um modelo abrangente de previdência e assistência.

3. 1930-1945: Previdência Social = Seguro Social. Autoritarismo, industrialização e apogeu do modelo de capitalização.

4. 1945-1964: No rumo da "Seguridade Social". A redemocratização e a crise do modelo de capitalização.

5. 1964-1977: Do "privilegiamento do produtor privado" ao "complexo previdenciário de assistência médica".

INTRODUÇÃO

Na seção anterior deste texto, procurou-se descrever a atual forma de organização da assistência médica na Previdência Social brasileira. Parece ter ficado claro alí que esta assistência se caracteriza hoje por uma multiplicidade de mecanismos de prestação de serviços aos segurados, que inclui, ao lado de instituições próprias da Previdência Social, diferentes formas de compra de serviços a várias instituições, tanto públicas quanto privadas, sob diferentes formas de pagamento, voltadas ora à totalidade dos segurados, ora a parcelas específicas destes. Para caracterizar este quadro, cunhou-se na seção anterior a expressão "complexo previdenciário" (de assistência médica).

Como se poderá perceber na seqüência do texto, tal situação não resulta de uma opção "técnica", determinada com isenção e assumida num momento preciso pela Previdência Social, com o objetivo de privilegiar a diversidade na prestação dos referidos serviços. Longe disso, ela é exatamente o resultado de um processo oposto, no qual os múltiplos interesses envolvidos ao longo do tempo com a questão da assistência médica previdenciária terminaram por impedir que qualquer das orientações sugeridas sobre o tema conseguissem alcançar uma hegemonia total sobre as demais, desbancando-as.

Quando nasce, efetivamente, uma Previdência Social entre nós, na década de 20 (v. adiante), as circunstâncias em que isto se dá fazem com que seja introduzida nela a obrigatoriedade da prestação de serviços médicos aos segurados. Em anos posteriores, sob outras circunstâncias, esta tese será intensamente questionada, surgindo então, em determinados setores, uma forte tendência no sentido da sua eliminação. Resistências nascerão, no entanto, em relação a esta contraproposta e, desde aí, inicia-se um complexo jogo de interesses envolvendo os segurados, seus empregadores, os técnicos e dirigentes previdenciários, o Executivo, os vendedores de serviços médicos à Previdência, etc. A partir da polaridade inicial prestar/não prestar assistência médica na Previdência Social, começa a surgir a questão de como fazê-lo. No decorrer do processo, irão surgindo soluções intermediárias de compromisso entre as vá-

rias tendências, com períodos de hegemonia relativa de uma ou outra orientação. Nosso último período de análise (pós-74), já encontra em seu início uma assistência médica previdenciária diversificada em suas formas de prestação de serviços. E, por suas características específicas, procederá a uma diversificação ainda maior do "complexo", de que resulta então o quadro anteriormente descrito como atual.

Nesta rápida síntese das questões fundamentais que serão abordadas a seguir, já é possível notar que a tentativa de análise da evolução histórica da questão da assistência médica na Previdência Social exigiu uma discussão paralela sobre a própria Previdência como um todo, visto que, como se perceberá adiante, o debate sobre a problemática da assistência médica sempre esteve, na verdade, inserido numa discussão mais ampla envolvendo os rumos de nossa Previdência Social como conjunto. Ao longo dessa discussão, chocaram-se formulações e modelos teórico-políticos apresentados por diferentes setores interessados, fazendo-se presente, inclusive, em dados momentos, influências internacionais. Ressalta neste processo de discussão o enfrentamento das teses do "Seguro Social" e da "Seguridade Social", ou do "modelo de capitalização" e do "modelo de repartição", como formas alternativas e conflitantes de organização de nossa Previdência.

Por outro lado, a Previdência Social no Brasil, desde as suas origens, sempre foi um aspecto importante não só das relações entre Estado e classes trabalhadoras, como das relações entre ambos e o empresariado, a tal ponto que é impossível compreender a evolução interna da Previdência (incluindo a assistência médica) sem recorrer a uma análise, ainda que sucinta, das características mais gerais das conjunturas que se sucederam ao longo dos 54 anos de sua história. Neste sentido, fizemos um esforço (nas medidas dos propósitos do trabalho) para tentar compreender a evolução da questão previdenciária à luz da análise das características políticas, sociais, ideológicas e econômicas mais gerais do período abrangido, recorrendo, para tanto, à bibliografia sobre o tema. Este esforço foi dificultado, no entanto, pela amplitude do intervalo de tempo a considerar. De qualquer forma, dadas as profundas ligações que têm com a evolução da questão previdenciária entre nós e, inclusive com a maneira como nela se coloca a problemática da assis-

tência médica, não poderiam deixar de ser considerados temas tais como: a postura "liberal" do Estado na 1ª República e sua crise nos anos vinte; a articulação deste processo com a composição de classe da formação social brasileira no período; o autoritarismo corporativo do primeiro governo Vargas e seu projeto "modernizador"; a experiência da "redemocratização" nos anos 45-64 e a questão "desenvolvimentista" na década de 50; o novo autoritarismo "excludente" nos anos pós-64; etc..

Em síntese, portanto, esta parte da investigação procurou compreender o processo de constituição do atual "complexo previdenciário de assistência médica" – enquanto forma atual de organização desta assistência, apresentada na seção anterior – e será complementada pela análise do mesmo "complexo" numa situação espacial e temporal mais restrita e definida (a cidade de Campinas, SP, no ano de 1977). Análise desenvolvida como um "estudo de caso" a ser apresentada na seção seguinte deste trabalho.

Juntamente com as outras partes da investigação, procura contribuir para a compreensão do estado atual da problemática médico-previdenciária entre nós e, por extensão, do conjunto da questão "atenção à saúde" no Brasil hoje, dada a posição chave, central e integradora que assume neste campo a Previdência Social (veremos que a evolução mais recente da problemática médico-previdenciária, a partir pelo menos de 1974, aponta no sentido da sua progressiva integração com as demais instituições públicas de assistência médica).

2071

TABELA I (a)

EVOLUÇÃO DA RECEITA, DESPESAS, SALDO E RESERVAS DA PREVIDÊNCIA SOCIAL BRASILEIRA (1923-1956)(*)

(VALORES CORRENTES, GRAFADOS EM CR$ 1.000,00)

Cr$ 1.000,00

| ANOS | RECEITA TOTAL | DESPESAS | | | | | | | | | | SALDO | | FUNDO DE GARANTIA (RESERVAS) | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | TOTAL | | APOSENTADORIAS | | PENSÕES | | Serviço Médico-Hospitalar | | OUTRAS | | | | | |
| | | Valor Absoluto | % da Receita | Valor Absoluto | % da Receita | Valor Absoluto | % da Receita | Valor Absoluto | % da Receita | Valor Absoluto | % da Receita | Valor Absoluto | % da Receita | Valor Absoluto | Reservas Despesa |
| 1923 | 13,6 | 1,7 | 12,5 | 0,4 | 2,9 | 0,02 | 0,2 | 0,8 | 5,9 | 0,5 | 3,7 | 11,9 | 87,5 | 11,9 | 7,0 |
| 1924 | 21,5 | 6,2 | 28,8 | 3,0 | 13,9 | 0,2 | 0,9 | 1,7 | 7,9 | 1,3 | 6,1 | 15,3 | 71,2 | 27,2 | 4,4 |
| 1925 | 23,3 | 9,6 | 41,2 | 5,2 | 22,3 | 0,5 | 2,2 | 2,4 | 10,3 | 1,5 | 6,4 | 13,6 | 53,4 | 40,8 | 4,2 |
| 1926 | 25,8 | 12,5 | 48,5 | 7,0 | 27,1 | 0,7 | 2,7 | 3,0 | 11,6 | 1,8 | 7,0 | 13,3 | 51,5 | 53,1 | 4,2 |
| 1927 | 30,5 | 15,5 | 50,8 | 8,7 | 28,5 | 1,1 | 3,6 | 3,2 | 10,5 | 2,5 | 8,2 | 15,0 | 43,2 | 69,1 | 4,5 |
| 1928 | 60,8 | 24,4 | 40,1 | 14,8 | 24,3 | 1,9 | 3,1 | 4,4 | 7,2 | 3,3 | 5,4 | 36,4 | 59,9 | 112,9 | 4,3 |
| 1928 | 68,8 | 33,9 | 49,3 | 21,9 | 31,8 | 2,9 | 4,2 | 5,4 | 7,9 | 3,7 | 5,4 | 34,9 | 50,7 | 117,5 | 4,3 |
| 1930 | 62,3 | 40,7 | 64,7 | 27,0 | 42,9 | 3,8 | 6,0 | 5,6 | 8,9 | 4,3 | 6,8 | 24,3 | 38,6 | 171,2 | 4,2 |
| 1931 | 63,0 | 41,4 | 65,7 | 27,1 | 43,0 | 4,7 | 7,5 | 5,6 | 8,9 | 4,0 | 6,3 | 21,6 | 34,3 | 131,1 | 4,6 |
| 1932 | 92,5 | 50,4 | 54,5 | 30,3 | 32,8 | 6,0 | 6,5 | 6,4 | 6,9 | 7,7 | 8,3 | 42,1 | 45,5 | 233,0 | 4,6 |
| 1933 | 101,4 | 56,2 | 55,4 | 35,3 | 34,8 | 8,0 | 7,9 | 7,2 | 7,1 | 5,7 | 5,6 | 45,2 | 44,6 | 273,7 | 5,0 |
| 1934 | 127,5 | 66,2 | 51,9 | 39,9 | 31,3 | 10,1 | 7,9 | 8,7 | 6,8 | 7,5 | 5,9 | 61,2 | 48,0 | 398,4 | 5,3 |
| 1935 | 225,7 | 73,5 | 35,2 | 44,0 | 19,5 | 12,7 | 5,6 | 10,0 | 4,4 | 12,8 | 5,7 | 146,1 | 64,7 | 495,4 | 6,2 |
| 1936 | 277,2 | 96,1 | 34,7 | 48,7 | 17,6 | 15,0 | 5,4 | 11,4 | 4,1 | 21,0 | 7,6 | 181,1 | 65,3 | 628,8 | 6,5 |
| 1937 | 358,4 | 123,8 | 34,6 | 56,6 | 15,8 | 20,0 | 5,6 | 14,3 | 4,0 | 32,9 | 9,2 | 234,7 | 65,5 | 939,8 | 7,4 |
| 1938 | 557,2 | 160,8 | 28,9 | 64,9 | 11,7 | 25,7 | 4,6 | 17,2 | 3,1 | 53,0 | 9,5 | 396,4 | 71,1 | 1.356,5 | 8,4 |
| 1939 | 675,5 | 197,6 | 29,3 | 77,3 | 11,4 | 32,0 | 4,7 | 20,2 | 3,0 | 68,1 | 10,1 | 478,0 | 70,8 | 1.835,6 | 9,3 |
| 1940 | 773,0 | 260,9 | 33,5 | 94,9 | 12,2 | 40,0 | 5,1 | 34,9 | 4,5 | 91,1 | 11,7 | 518,2 | 66,5 | 2.343,4 | 9,0 |
| 1941 | 956,0 | 349,3 | 36,5 | 126,2 | 13,2 | 50,2 | 5,3 | 27,5 | 2,9 | 145,4 | 15,2 | 606,7 | 63,5 | 2.971,6 | 8,5 |
| 1942 | 1.071,0 | 423,3 | 39,5 | 160,1 | 15,0 | 62,3 | 5,8 | 28,0 | 2,7 | 172,0 | 16,1 | 647,7 | 60,5 | 3.615,2 | 3,5 |
| 1943 | 1.367,8 | 559,6 | 40,9 | 201,8 | 14,8 | 79,4 | 5,8 | 31,0 | 2,3 | 247,4 | 18,1 | 808,2 | 59,1 | 4.404,0 | 7,9 |
| 1944 | 1.783,6 | 727,0 | 40,6 | 239,6 | 13,4 | 98,6 | 5,5 | 43,0 | 2,4 | 345,8 | 19,3 | 1.062,6 | 59,4 | 5.394,5 | 7,4 |
| 1945 | 2.353,4 | 989,7 | 42,1 | 313,9 | 13,3 | 127,6 | 5,4 | 53,1 | 2,3 | 495,1 | 21,0 | 1.363,7 | 57,9 | 6.762,6 | 6,8 |
| 1946 | 3.737,2 | 1.543,2 | 41,3 | 439,4 | 11,8 | 182,7 | 4,9 | 89,6 | 2,4 | 831,5 | 22,2 | 2.194,0 | 58,7 | 8.906,7 | 5,8 |
| 1947 | 4.486,1 | 2.004,8 | 44,7 | 509,8 | 11,4 | 212,4 | 4,7 | 131,1 | 2,9 | 1.151,5 | 25,7 | 2.481,4 | 55,3 | 11.313,7 | 5,6 |
| 1948 | 5.128,0 | 2.425,1 | 47,3 | 626,6 | 12,2 | 258,1 | 5,0 | 202,6 | 3,9 | 1.337,8 | 26,1 | 2.702,9 | 52,7 | 13.956,7 | 5,8 |
| 1949 | 6.532,8 | 2.360,1 | 45,3 | 738,9 | 11,3 | 306,3 | 4,7 | 215,0 | 3,3 | 1.699,8 | 26,0 | 3.572,7 | 54,7 | 17.528,9 | 5,9 |
| 1950 | 7.845,9 | 4.011,6 | 51,1 | 1.179,0 | 15,0 | 456,3 | 5,8 | - | | - | | 3.834,3 | 48,9 | 20.803,5 | 5,2 |
| 1951 | 9.616,2 | 5.214,6 | 54,2 | 1.698,2 | 17,7 | 657,7 | 6,8 | - | | - | | 4.401,6 | 45,8 | 20.816,6 | 4,0 |
| 1952 | 11.886,7 | 6.623,5 | 55,7 | 2.154,8 | 18,1 | 796,6 | 6,7 | 1.100,0 | 9,3 | 2.572,1 | 21,6 | 5.263,2 | 44,3 | 31.487,0 | 4,7 |
| 1953 | 13.723,6 | 8.972,3 | 65,4 | 2.801,0 | 20,4 | 1.001,5 | 7,3 | - | | - | | 4.751,2 | 34,6 | 36.622,5 | 4,0 |

TABELA I (a) - Continuação

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1954 | 17.135,4 | 12.348,2 | 72,1 | 3.962,3 | 23,1 | 1.363,7 | 8,0 | | | | | 4.787,2 | 27,9 | 48.447,7 | 3,9 |
| 1955 | 23.986,8 | 16.464,0 | 68,6 | 5.631,8 | 23,5 | 2.054,7 | 8,6 | | | | | 7.522,7 | 31,4 | 55.663,1 | 3,4 |
| 1956 (*) | 36.962,5 | 25.023,8 | 67,7 | 7.333,7 | 19,8 | 2.963,4 | 8,0 | 3.878,7 | 10,5 | 10.848,0 | 29,3 | 11.935,7 | 32,3 | 76.055,6 | 3,0 |
| 1957 | 52.336,6 | 34.404,0 | 65,7 | 11.214,5 | 21,4 | 4.029,2 | 7,7 | 4.699,6 | 9,0 | 14.460,7 | 27,6 | 17.932,6 | 34,3 | 91.137,0 | 2,6 |
| 1958 | 63.517,7 | 39.034,0 | 61,4 | 12.687,2 | 20,0 | 4.412,9 | 6,9 | 5.784,8 | 9,1 | 16.149,1 | 25,4 | 24.483,7 | 38,5 | 119.297,6 | 3,1 |
| 1959 | 86.796,2 | 58.242,7 | 67,1 | 20.868,0 | 24,0 | 6.927,6 | 8,0 | 7.950,1 | 9,2 | 22.497,0 | 25,9 | 28.553,5 | 32,9 | 164.328,4 | 2,8 |
| 1960 | 112.463,6 | 70.769,4 | 62,9 | 26.399,9 | 23,5 | 8.725,4 | 7,8 | 9.988,0 | 8,8 | 25.706,1 | 22,9 | 41.694,3 | 37,1 | 217.298,0 | 3,1 |
| 1961 | 191.781,1 | 132.387,0 | 69,0 | 47.730,1 | 24,9 | 15.520,1 | 8,1 | 16.255,0 | 8,5 | 52.881,8 | 27,6 | 59.394,1 | 31,0 | 283.647,4 | 2,2 |
| 1962 | 292.232,2 | 214.888,0 | 73,5 | 69.043,4 | 23,6 | 25.771,9 | 8,8 | 27.459,0 | 9,4 | 92.613,7 | 31,7 | 77.344,2 | 26,5 | 397.420,4 | 1,8 |
| 1963 | 504.072,6 | 384.408,9 | 76,3 | 112.019,8 | 22,2 | 40.597,1 | 8,0 | 54.762,0 | 10,9 | 177.030,0 | 35,1 | 120.663,6 | 23,9 | 428.276,4 | 1,1 |
| 1964 | 1.074.487,4 | 798.396,1 | 74,3 | 225.700,9 | 21,0 | 86.221,9 | 8,0 | 128.768,0 | 12,0 | 357.705,3 | 33,3 | 276.040,1 | 25,7 | 639.387,0 | 0,8 |
| 1965 | 1.798.660,5 | 1.321.612,3 | 73,5 | 409.044,7 | 22,7 | 142.623,6 | 7,9 | 216.454,0 | 12,0 | 553.490,0 | 30,8 | 477.048,0 | 26,5 | 1.033.772,6 | 0,8 |
| 1966 | 2.395.575,5 | 1.994.460,3 | 83,3 | 622.566,3 | 26,0 | 219.341,8 | 9,2 | 356.802,0 | 14,9 | 795.750,2 | 33,7 | 401.115,1 | 16,7 | 1.008.932,9 | 0,5 |

(*) Os dados referem-se ao conjunto de Instituições previdenciárias existentes em cada ano (1923-32: CAPs, e 1933-66_ CAPs e IAPs) e antes de 1956 incluem o IPASE. Para os anos pós-66 (INPS) ver Tabela I (b) a seguir.

FONTE:

- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) - Anuários Estatísticos do Brasil
- Os dados para o item "Serviço Médico-Hospitalar" a partir de 1950 foram retirados, respectivamente, de: 1952 - Rev. Industriários, nº 32, abril 1953, pp. 27-39 (VARGAS, Getúlio - "Mensagem ao Poder Legislativo"); 1956-1959 - Rev. Industriários, nº 83, outubro 1961, pp. 3-7 (DINIZ, L. - "As Despesas da Previdência Social no Brasil"); 1960-1966 - MTPS, Secr. de Assistência Médico-Social - "Assistência Médica na Previdência Social", mimeo., p. 31.

TABELA 1 (b)

RECEITA DE CONTRIBUIÇÕES(**) E DESPESAS COM PRESTAÇÕES DO REGIME GERAL DA PREVIDÊNCIA SOCIAL NO BRASIL

Cr$ 1.000,00

| ANO | RECEITA DE CONTRIBUIÇÕES | PRESTAÇÕES | % | BENEFÍCIOS | % | ASSISTÊNCIA MÉDICA | % |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1960 | 58.453 | 51.422 | 88,0 | 41.484 | 71,0 | 9.938 | 17,0 |
| 1961 | 92.841 | 95.926 | 103,0 | 79.041 | 85,4 | 16.255 | 17,6 |
| 1962 | 161.410 | 152.006 | 94,1 | 124.547 | 77,1 | 27.459 | 17,0 |
| 1963 | 278.863 | 263.767 | 94,6 | 209.005 | 75,0 | 54.762 | 19,6 |
| 1964 | 589.182 | 532.789 | 90,4 | 404.021 | 68,5 | 128.768 | 21,9 |
| 1965 | 925.889 | 915.274 | 98,9 | 698.820 | 75,5 | 216.454 | 23,4 |
| 1966 | 1.533.577 | 1.444.298 | 94,2 | 1.087.496 | 70,9 | 356.802 | 23,3 |
| 1967 | 2.165.890 | 2.176.252 | 100,5 | 1.520.407 | 70,2 | 655.845 | 30,3 |
| 1968 | 3.174.504 | 3.428.462 | 108,0 | 2.568.519 | 80,0 | 859.943 | 27,1 |
| 1969 | 4.357.515 | 4.790.082 | 109,9 | 3.296.409 | 75,6 | 1.493.673 | 34,3 |
| 1970 | 5.790.716 | 6.794.988 | 117,3 | 4.592.165 | 79,3 | 2.202.823 | 38,0 |
| 1971 | 7.701.077 | 8.624.268 | 112,0 | 5.968.572 | 77,5 | 2.655.696 | 34,3 |
| 1972(*) | 11.740.000 | | | 7.450.000 | | | |
| 1973(*) | 13.984.950 | 14.509.735 | 103,8 | 10.291.393 | 73,5 | 4.218.342 | 30,0 |
| 1974 | | | | | | | |
| 1975 | | | | | | | |

(Murillo V. Bastos 1976)

(*) Estimativas

(**) Apenas contribuições de segurados e empregadores

FONTE: Ministério do Trabalho e Previdência Social, Secretaria de Assistência Médico-Social — "Assistência Médica na Previdência Social", p. 31.

TABELA II

EVOLUÇÃO DO NÚMERO DE INSTITUIÇÕES E DE ASSOCIADOS (POR CATEGORIA) DA PREVIDÊNCIA SOCIAL BRASILEIRA (1923-1966) (*)

| ANOS | Nº DE INSTITUTOS E CAIXAS | Nº DE ASSOCIADOS | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | ATIVOS | | APOSENTADOS | | PENSIONISTAS | |
| | | Nº | ÍNDICE (1923=1) | Nº | % SOBRE OS AS. ATIVOS | Nº | % SOBRE OS AS. ATIVOS |
| 1923 | 24 | 22.991 | 1,00 | (**) | | (**) | |
| 1924 | 26 | 30.792 | 1,34 | | | | |
| 1925 | 27 | 41.192 | 1,79 | | | | |
| 1926 | 28 | 53.236 | 2,32 | | | | |
| 1927 | 30 | 62.811 | 2,73 | | | | |
| 1928 | 44 | 132.854 | 5,78 | | | | |
| 1929 | 44 | 140.435 | 6,11 | 6.930 | 4,93 | 3.867 | 2,75 |
| 1930 | 47 | 142.464 | 6,20 | 8.009 | 5,62 | 7.013 | 4,92 |
| 1931 | 98 | 147.108 | 6,40 | 8.605 | 5,84 | 8.059 | 5,47 |
| 1932 | 140 | 189.482 | 8,24 | 10.279 | 5,42 | 8.820 | 4,65 |
| 1933 | 164 | 210.883 | 9,17 | 11.807 | 5,59 | 12.734 | 6,04 |
| 1934 | 176 | 274.392 | 11,93 | 12.743 | 4,64 | 13.799 | 5,02 |
| 1935 | 179 | 495.363 | 21,55 | 13.759 | 2,78 | 16.102 | 3,25 |
| 1936 | 183 | 682.580 | 29,69 | 15.926 | 2,33 | 23.587 | 3,46 |
| 1937 | 104 | 844.801 | 36,74 | 18.360 | 2,17 | 31.911 | 3,78 |
| 1938 | 104 | 1.787.386 | 77,74 | 21.758 | 1,22 | 37.100 | 2,08 |
| 1939 | 100 | 1.838.885 | 79,98 | 27.210 | 1,48 | 53.932 | 2,93 |
| 1940 | 95 | 1.912.972 | 83,21 | 34.837 | 1,82 | 63.138 | 3,30 |
| 1941 | 92 | 2.124.714 | 92,42 | 49.604 | 2,33 | 90.826 | 4,27 |
| 1942 | 54 | 2.279.093 | 99,13 | 66.603 | 2,92 | 110.171 | 4,83 |
| 1943 | 40 | 2.455.110 | 106,79 | 83.476 | 3,40 | 119.571 | 4,87 |
| 1944 | 38 | 2.639.793 | 114,82 | 98.887 | 3,75 | 152.147 | 5,76 |
| 1945 | 35 | 2.762.822 | 120,17 | 110.724 | 4,00 | 124.401 | 4,50 |
| 1946 | 35 | 2.824.409 | 122,85 | 126.689 | 4,43 | 241.936 | 8,56 |
| 1947 | 35 | 2.895.613 | 125,95 | 149.863 | 5,18 | 278.141 | 9,60 |
| 1948 | 35 | 2.858.801 | 124,34 | 158.855 | 5,56 | 171.076 | 5,98 |
| 1949 | 35 | 2.902.048 | 126,23 | 165.830 | 5,71 | 283.905 | 9,78 |
| 1950 | | 2.857.163 | 124,27 | 168.214 | 5,89 | 295.690 | 10,35 |
| 1951 | | 3.054.836 | 132,87 | 210.352 | 6,83 | 314.841 | 10,31 |
| 1952 | | 3.123.121 | 135,84 | 241.713 | 7,74 | 348.354 | 11,15 |
| 1953 | | 3.247.533 | 141,25 | 286.727 | 8,83 | 378.953 | 11,67 |
| 1954 | | 3.566.637 | 155,13 | 299.037 | 8,38 | 393.216 | 11,02 |
| 1955 | | 3.560.280 | 154,86 | 318.113 | 8,94 | 449.612 | 12,63 |
| 1956 | | 3.751.668 | 163,18 | 363.893 | 9,70 | 491.543 | 13,10 |
| 1957 | | 3.662.523 | 159,30 | 381.778 | 10,42 | 552.137 | 15,08 |
| 1958 | | 4.040.980 | 175,76 | 443.055 | 10,96 | 589.416 | 14,59 |
| 1959 | | 4.181.356 | 181,87 | 491.992 | 11,77 | 605.294 | 14,46 |
| 1960 | | 4.422.470 | 192,36 | 518.088 | 11,71 | 698.026 | 15,78 |
| 1961 | | 4.484.027 | 195,03 | 521.902 | 11,64 | 692.715 | 15,45 |
| 1962 | | 5.398.807 | 234,82 | 571.399 | 10,58 | 700.045 | 12,97 |
| 1963 | | 5.710.818 | 248,39 | 590.524 | 10,34 | 637.358 | 11,16 |
| 1964 | | (***) | | 665.575 | - | 693.321 | - |
| 1965 | | | | 757.619 | - | 694.712 | - |
| 1966 | | | | 863.131 | - | 701.015 | - |

(*) Idem Nota da TABELA I.

(**) Não há informação direta, nas fontes consultadas, sobre o número de aposentados e pensionistas antes de 1929, embora os dados sobre despesas com estes itens no período (v. Tabela I) sugiram a sua existência.

(***) Não há dados sobre o número de associados ativos para todos os Institutos, a partir de 1954, na fonte consultada.

FONTE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) - Anuários Estatísticos do Brasil.

TABELA III

VALOR DAS APOSENTADORIAS (ABSOLUTO E PERCENTUAL DO SALÁRIO ANTERIOR) DE ACORDO COM AS DISPOSIÇÕES DO ARTIGO 11 DO DECRETO Nº 4.682 DE 24/01/1923 (VALORES CORRENTES, GRAFADOS EM MIL RÉIS)

| SALÁRIO ANTERIOR | APOSENTADORIA | |
|---|---|---|
| | VALOR ABSOLUTO | % DO SALÁRIO ANTERIOR |
| 80 | 72 | 90,0 |
| 90 | 81 | 90,0 |
| 100 | 90 | 90,0 |
| 200 | 165 | 82,5 |
| 300 | 240 | 80,0 |
| 400 | 320 | 80,0 |
| 500 | 390 | 78,0 |
| 600 | 460 | 76,6 |
| 700 | 530 | 75,9 |
| 800 | 600 | 75,0 |
| 900 | 670 | 74,4 |
| 1.000 | 730 | 73,0 |
| 1.100 | 770 | 70,0 |
| 1.200 | 835 | 69,5 |

OBS.: As pensões correspondiam a 50% do valor da aposentadoria.

FONTE: BRASIL - Decreto nº 4.682, de 24/01/1923 (in: VALERIUS, op. cit.).

TABELA IV

COMPARAÇÃO DAS DISPOSIÇÕES SOBRE O CÁLCULO DO VALOR DAS APOSENTADORIAS NOS DECRETOS Nº 4.682, de 24/01/1923, e nº 5.109, de 20/12/1926
(valores em mil réis)

| 1923 | | 1926 | |
|---|---|---|---|
| FAIXA SALARIAL | APOSENTADORIA | FAIXA SALARIAL | APOSENTADORIA |
| Até 100$ | 90% | até 150$ | 100% |
| 100 a 300$ | 90$ + 75% da diferença (*) | 150 a 300$ | 150$ + 75% da diferença |
| 300 a 1.000$ | 250$ + 70% da diferença | 300 a 600$ | 285$ + 75% da diferença |
| 1.000 a 2.000$ | 250$ + 65% da diferença | 600 a 1.000$ | 510$ + 65% da diferença |
| acima de 2.000$ | 250$ + 60% da diferença | acima de 1.000$ | 770 + 55% da diferença |

(*) Diferença entre o limite inferior da faixa salarial e o salário real do empregado.

FONTES: BRASIL - Decreto nº 4.682, de 24.01.1923, e Decreto nº 5.109, de 20/12/1926.



2077

TABELA V

COMPARAÇÃO DO VALOR DAS APOSENTADORIAS (ABSOLUTO E PERCENTUAL DO SALÁRIO ANTERIOR) CONFORME AS DISPOSIÇÕES DOS DECRETOS Nº 4.682, DE 24/01/1923, E Nº 5.109, DE 20/12/1926
(VALORES EM MIL RÉIS)

| SALÁRIO ANTERIOR | APOSENTADORIA: VALOR ABSOLUTO | | | APOSENTADORIA: % DO SALÁRIO ANTERIOR | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | 1923 | 1926 | DIFERENÇA 1926-1923 | 1923 | 1926 | DIFERENÇA 1926-1923 |
| 80 | 72,0 | 80,0 | + 8,0 | 90,0 | 100,0 | + 10,0 |
| 90 | 81,0 | 90,0 | + 9,0 | 90,0 | 100,0 | + 10,0 |
| 100 | 90,0 | 100,0 | + 10,0 | 90,0 | 100,0 | + 10,0 |
| 200 | 165,0 | 187,5 | + 22,5 | 82,5 | 93,5 | + 11,0 |
| 300 | 240,0 | 262,5 | + 22,5 | 80,0 | 87,5 | + 7,5 |
| 400 | 320,0 | 360,0 | + 40,0 | 80,0 | 90,0 | + 10,0 |
| 500 | 390,0 | 435,0 | + 45,0 | 78,0 | 87,0 | + 9,0 |
| 600 | 460,0 | 510,0 | + 50,0 | 76,6 | 85,0 | + 8,4 |
| 700 | 530,0 | 575,0 | + 45,0 | 75,9 | 82,1 | + 6,2 |
| 800 | 600,0 | 640,0 | + 40,0 | 75,0 | 80,0 | + 5,0 |
| 900 | 670,0 | 705,0 | + 35,0 | 74,4 | 78,3 | + 3,9 |
| 1.000 | 730,0 | 770,0 | + 40,0 | 73,0 | 77,0 | + 4,0 |
| 1.100 | 770,0 | 835,0 | + 65,0 | 70,0 | 75,9 | + 5,9 |
| 1.200 | 835,0 | 900,0 | + 65,0 | 69,5 | 75,0 | + 5,5 |

OBS.: As pensões correspondiam a 50% do valor da aposentadoria em ambos os casos.

FONTE: BRASIL - Decretos nº 4.682, de 23/01/1923, e nº 5.109, de 20/12/1926 (in VALERIUS, op. cit.).

TABELA VI

ÍNDICE DE PREÇOS. BRASIL. (1923-1976)
(BASE: 1965/67 = 100)

| ANOS | ÍNDICES | VARIAÇÃO ANUAL % | ANOS | ÍNDICES | VARIAÇÃO ANUAL % |
|---|---|---|---|---|---|
| 1923 | 0,205 | - | 1951 | 1,27 | 16,5 |
| 1924 | 0,240 | 17,1 | 1952 | 1,42 | 11,8 |
| 1925 | 0,256 | 6,7 | 1953 | 1,63 | 14,8 |
| 1926 | 0,264 | 3,1 | 1954 | 2,07 | 27,0 |
| 1927 | 0,271 | -2,7 | 1955 | 2,41 | 16,4 |
| 1928 | 0,267 | -1,5 | 1956 | 2,89 | 19,9 |
| 1929 | 0,265 | -0,7 | 1957 | 3,30 | 14,2 |
| 1930 | 0,241 | -9,1 | 1958 | 3,73 | 13,0 |
| 1931 | 0,232 | -3,7 | 1959 | 5,14 | 37,8 |
| 1932 | 0,233 | 0,4 | 1960 | 6,64 | 29,2 |
| 1933 | 0,231 | -0,9 | 1961 | 9,10 | 37,0 |
| 1934 | 0,249 | 7,8 | 1962 | 13,8 | 51,6 |
| 1935 | 0,265 | 6,4 | 1963 | 24,2 | 75,4 |
| 1936 | 0,302 | 14,0 | 1964 | 46,1 | 90,5 |
| 1937 | 0,324 | 7,3 | 1965 | 72,3 | 56,8 |
| 1938 | 0,338 | 4,3 | 1966 | 99,8 | 38,0 |
| 1939 | 0,347 | 2,7 | 1967 | 128 | 28,3 |
| 1940 | 0,362 | 4,3 | 1968 | 159 | 24,2 |
| 1941 | 0,401 | 10,8 | 1969 | 192 | 20,8 |
| 1942 | 0,447 | 11,5 | 1970 | 230 | 19,8 |
| 1943 | 0,494 | 10,5 | 1971 | 277 | 20,4 |
| 1944 | 0,573 | 16,0 | 1972 | 324 | 17,0 |
| 1945 | 0,656 | 14,5 | 1973 | 373 | 15,1 |
| 1946 | 0,765 | 16,6 | 1974 | 480 | 28,7 |
| 1947 | 0,856 | 11,9 | 1975 | 613 | 27,7 |
| 1948 | 0,916 | 7,0 | 1976 | 866 | 41,3 |
| 1949 | 0,981 | 7,1 | | | |
| 1950 | 1,09 | 11,1 | | | |

FONTES: 1923/43 - Custo de Vida na GB, segundo IBRE/FGV - "Background Information on Inflation in Brazil".
1944/68 - Revista "Conjuntura Econômica", dez. 1969 (Coluna 2)
1966/76 - Revista "Conjuntura Econômica", nov. 1977 (Coluna 2)

(Devemos estes dados a Jaques Kerstenetzky, da pesquisa PESES 05: "Sistema Econômico e Saúde).

2079

TABELA VII

EVOLUÇÃO DA RECEITA, DESPESAS, SALDO E RESERVAS DA PREVIDÊNCIA SOCIAL BRASILEIRA(*), EM VALORES REAIS (EXPRESSOS EM CRUZEIROS DE 1976) POR ASSOCIADO ATIVO (1923-1963) (**)

Cr$ 1,00

| ANOS | RECEITA TOTAL | | DESPESA | | | | | | | | | | SALDO | | FUNDO DE GARANTIA (RESERVAS) | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | TOTAL | | APOSENTADORIAS | | PENSÕES | | SERVIÇO MÉDICO-HOSPITALAR | | OUTRAS | | | | | |
| | VALOR | ÍNDICE | VALOR | ÍNDICE | VALOR | ÍNDICE | VALOR | ÍNDICE | VALOR | ÍNDICE | VALOR | ÍNDICE | VALOR | ÍNDICE | VALOR | ÍNDICE |
| 1923 | 2.498,88 | 1,0 | 312,36 | 1,0 | 73,50 | 1,0 | 3,67 | 1,0 | 146,99 | 1,0 | 91,87 | 1,0 | 2.186,52 | 1,0 | 2.136,52 | 1,0 |
| 24 | 2.513,46 | 1,0 | 726,54 | 2,3 | 351,55 | 4,8 | 23,44 | 6,4 | 199,21 | 1,4 | 152,34 | 1,7 | 1.792,91 | 0,8 | 3.187,41 | 1,5 |
| 25 | 1.913,47 | 0,6 | 788,38 | 2,5 | 427,04 | 5,8 | 41,06 | 11,2 | 197,10 | 1,3 | 123,18 | 1,3 | 1.116,87 | 0,5 | 3.350,62 | 1,6 |
| 26 | 1.589,75 | 0,6 | 770,23 | 2,5 | 431,33 | 5,9 | 43.13 | 11,7 | 184,85 | 1,3 | 110,91 | 1,2 | 819,52 | 0,4 | 3.271,92 | 1,5 |
| 27 | 1.551,72 | 0,6 | 788,58 | 2,5 | 442,62 | 6,0 | 55,96 | 15,2 | 162,80 | 1,1 | 127,18 | 1,4 | 763,14 | 0,3 | 3.515,53 | 1,6 |
| 28 | 1.484,34 | 0,6 | 595,69 | 1,9 | 361,32 | 4,9 | 46,39 | 12,6 | 107,42 | 0,7 | 80,56 | 0,9 | 888,66 | 0,4 | 2.756,30 | 1,3 |
| 29 | 1.600,98 | 0,6 | 788,85 | 2,5 | 509,61 | 6,9 | 67,48 | 18,4 | 125,65 | 0,8 | 86,10 | 1,0 | 812,12 | 0,4 | 3.432,33 | 1,6 |
| 30 | 1.586,52 | 0,6 | 1.026,57 | 3,3 | 681,02 | 9,3 | 95,85 | 26,1 | 141,35 | 1,0 | 108,46 | 1,2 | 612,92 | 0,3 | 4,315,17 | 2,0 |
| 31 | 1.598,58 | 0,6 | 1.050,49 | 3,4 | 687,64 | 9,4 | 119,26 | 32,5 | 142,09 | 1,0 | 101,50 | 1,1 | 548,03 | 0,2 | 4.819,02 | [illegible] |
| 32 | 1.843,60 | 0,7 | 988,60 | 3,2 | 594,34 | 8,1 | 117,69 | 32,0 | 125,54 | 0,8 | 151,04 | 1,6 | 825,80 | 0,4 | 4.570,35 | 2,1 |
| 33 | 1.802,61 | 0,7 | 999,08 | 3,2 | 627,54 | 8,5 | 142,22 | 38,7 | 128,00 | 0,9 | 101,33 | 1,1 | 803,53 | 0,4 | 4.972,29 | 2,3 |
| 34 | 1.616,06 | 0,6 | 839,08 | 2,7 | 505,73 | 6,9 | 123,02 | 34,9 | 110,37 | 0,7 | 95,06 | 1,0 | 775,71 | 0,3 | 4.415,96 | 2,0 |
| 35 | 1.488,35 | 0,6 | 524,46 | 1,7 | 290,27 | 3,9 | 83,78 | 22,8 | 65,97 | 0,4 | 84,44 | 0,9 | 963,33 | 0,4 | 3.268,17 | 1,5 |
| 36 | 1.164,53 | 0,5 | 403,72 | 1,3 | 204,59 | 2,8 | 63,02 | 17,2 | 47,89 | 0,3 | 88,22 | 1,0 | 760,81 | 0,3 | 2.641,62 | 1,2 |
| 37 | 1.133,93 | 0,4 | 391,69 | 1,2 | 179,07 | 2,4 | 63,28 | 17,2 | 45,24 | 0,3 | 104,09 | 1,1 | 742,56 | 0,3 | 2.401,51 | 1,1 |
| 38 | 797,32 | 0,3 | 230,50 | 0,7 | 93,03 | 1,3 | 36,84 | 10,0 | 24,66 | 0,2 | 75,97 | 0,8 | 568,22 | 0,3 | 1.944,43 | 0,9 |
| 39 | 316,77 | 0,4 | 268,18 | 0,9 | 104,91 | 1,4 | 43,43 | 11,8 | 27,41 | 0,2 | 92,42 | 1,0 | 648,73 | 0,3 | 2.431,22 | 1,1 |
| 1940 | 374,18 | 0,4 | 326,27 | 1,0 | 118,68 | 1,6 | 50,02 | 13,6 | 43,64 | 0,3 | 113,92 | 1,2 | 648,03 | 0,3 | 2.930,54 | 1,3 |
| 41 | 371,78 | 0,4 | 355,04 | 1,1 | 128,27 | 1,7 | 51,02 | 13,9 | 27,95 | 0,2 | 147,79 | 1,6 | 616,66 | 0,3 | 3.020,39 | 1,4 |
| 42 | 910,41 | 0,4 | 359,83 | 1,1 | 136,09 | 1,8 | 52,96 | 14,4 | 24,57 | 0,2 | 146,21 | 1,6 | 550,58 | 0,2 | 3.073,13 | 1,4 |
| 43 | 976,66 | 0,4 | 399,57 | 1,3 | 144,09 | 2,0 | 56,69 | 15,4 | 22,14 | 0,1 | 176,65 | 1,9 | 577,08 | 0,3 | 3.144,69 | 1,4 |
| 44 | 1.024,59 | 0,4 | 416,22 | 1,3 | 137,18 | 1,9 | 56,45 | 15,4 | 24,62 | 0,2 | 197,98 | 2,1 | 608,36 | 0,3 | 3 083 48 | 1,4 |
| 45 | 1.124,49 | 0,4 | 472,89 | 1,5 | 199,99 | 2,0 | 60,97 | 16,6 | 25,37 | 0,2 | 236,57 | 2,6 | 651,60 | 0,3 | 3 231 28 | 1,5 |
| 46 | 1.497,87 | 0,6 | 618,52 | 2,0 | 176,11 | 2,4 | 73,23 | 19,9 | 35,91 | 0,2 | 333,27 | 3,6 | 514,62 | 0,2 | 3.563,81 | 1,6 |
| 47 | 1.567,37 | 0,6 | 700,45 | 2,2 | 178,12 | 2,4 | 74,21 | 20,2 | 45,80 | 0,3 | 402,32 | 4,4 | 866,96 | 0,4 | 3.952,83 | 1,8 |
| 48 | 1.695,85 | 0,7 | 801,93 | 2,6 | 207,33 | 2,8 | 85,35 | 23,3 | 67,00 | 0,5 | 442,41 | 4,8 | 893,86 | 0,4 | 4.615,53 | 2,1 |
| 49 | 1.987,21 | 0,8 | 900,43 | 2,9 | 224,76 | 3,1 | 93,17 | 25,4 | 65,40 | 0,4 | 517,06 | 5,6 | 1.086,78 | 0,5 | 5.332,11 | 2,4 |
| 1950 | 2.131,72 | 0,9 | 1.115,51 | 3,6 | 327,84 | 4,5 | 126,88 | 34,6 | | | | | 1.066,21 | 0,5 | 5.724,86 | [illegible] |
| 51 | 2.146,49 | 0,8 | 1.163,98 | 3,7 | 379,07 | 5,2 | 146,81 | 40,0 | | | | | 982,51 | 0,4 | 4.646,61 | 2,1 |
| 52 | 2.321,14 | 0,9 | 1.293,39 | 4,1 | 420,77 | 5,7 | 155,55 | 42,4 | 214,80 | 1,5 | 502,27 | 5,4 | 1.027,76 | 0,4 | 5.143,54 | 2,8 |
| 53 | 2.245,15 | 0,9 | 1.467,85 | 4,7 | 458,24 | 6,2 | 163,84 | 44,6 | | | | | 777,28 | 0,4 | 5 991,35 | 2,7 |
| 54 | 2.009,94 | 0,8 | 1.448,41 | 4,6 | 464,77 | 6,3 | 159,96 | 43,6 | | | | | 561,53 | 0,3 | 5.682,79 | 2,6 |
| 55 | 2.480,97 | 0,1 | 1.661,70 | 5,3 | 563,41 | 7,7 | 207,38 | 56,5 | | | | | 759,26 | 0,3 | 5.618,08 | 2,6 |
| 56 | 2.952,27 | 1,2 | 1.998,71 | 6,4 | 585,76 | 8,0 | 236,69 | 64,5 | 309,80 | 2,1 | 866,45 | 9,4 | 953,57 | 0,4 | 6.074,73 | 2,8 |
| 57 | 3.743,98 | 1,5 | 2.465,09 | 7,9 | 803,53 | 10,9 | 288,70 | 78,7 | 336,73 | 2,3 | 1.036,13 | 11,3 | 1.284,89 | 0,6 | 6.530,08 | 3,0 |
| 58 | 3.649,36 | 1,5 | 2.242,67 | 7,2 | 728,93 | 9,9 | 233,54 | 69,1 | 332,36 | 2,3 | 927,83 | 10,1 | 1.406,69 | 0,6 | 6.854,10 | 3,1 |
| 59 | 3.497,31 | 1,4 | 2.346,79 | 7,5 | 840,84 | 11,4 | 279,14 | 76,1 | 320,34 | 2,2 | 906,48 | 9,9 | 1.150,52 | 0,5 | 6.621,30 | 3,0 |
| 1960 | 3.316,63 | 1,3 | 2.087,04 | 6,7 | 778,55 | 10,6 | 257,32 | 70,1 | 293,08 | 2,0 | 758,09 | 8,2 | 1.229,59 | 0,6 | 6.408,80 | 2,3 |
| 61 | 4.070,10 | 1,6 | 2.809,60 | 9,0 | 1.012,98 | 13,8 | 329,38 | 89,7 | 344,98 | 2,3 | 1.122,31 | 12,2 | 1.260,52 | 0,6 | 6.125,90 | 2,1 |
| 62 | 3.396,70 | 1,4 | 2.497,70 | 8,0 | 802,53 | 10,9 | 299,56 | 81,6 | 319,17 | 2,2 | 1.076,51 | 11,7 | 899,02 | 0,4 | 4.619,40 | 2,1 |
| 63 | 3.158,60 | 1,3 | 2.408,70 | 7,7 | 701,90 | 9,5 | 254,39 | 69,3 | 343,15 | 2,3 | 1.109,30 | 12,1 | 756,10 | 0,3 | 2.683,60 | 1,2 |
| 64 | (**) | | | | | | 5 | | | | | | | | | |
| 65 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 66 | | | | | | | | | | | | | | | | |

(*) Idem nota da Tabela I

(**) A partir de 1964 não temos dados sobre o número de associados do total das instituições (V. Tabela II).

FONTES: Tabelas anteriores (I, II e VI).

TABELA VIII

RELAÇÃO ENTRE O NÚMERO DE APOSENTADOS E PENSIONISTAS, EM CADA ANO; E O NÚMERO DE ASSOCIADOS ATIVOS CINCO ANOS ANTES, NAS INSTITUIÇÕES BRASILEIRAS DE PREVIDÊNCIA SOCIAL (1929-1966)

| ANOS | | ( % ) | ( % ) |
|---|---|---|---|
| Aposent. ou Pensões Concedidas | Pop. de Assoc. Ativos de Origem | | |
| 1929 / | 1924 | 22,51 | 12,55 |
| 1930 / | 1925 | 19,44 | 17,03 |
| 1931 / | 1926 | 16,16 | 15,14 |
| 1932 / | 1927 | 16,36 | 14,04 |
| 1933 / | 1928 | 8,89 | 9,58 |
| 1934 / | 1929 | 9,07 | 9,83 |
| 1935 / | 1930 | 9,66 | 11,30 |
| 1936 / | 1931 | 10,83 | 16,08 |
| 1937 / | 1932 | 9,69 | 16,84 |
| 1938 / | 1933 | 10,32 | 17,59 |
| 1939 / | 1934 | 9,92 | 19,66 |
| 1940 / | 1935 | 7,03 | 12,75 |
| 1941 / | 1936 | 7,25 | 13,31 |
| 1942 / | 1937 | 7,88 | 13,04 |
| 1943 / | 1938 | 4,67 | 6,69 |
| 1944 / | 1939 | 5,38 | 8,27 |
| 1945 / | 1940 | 5,79 | 6,50 |
| 1946 / | 1941 | 5,96 | 11,39 |
| 1947 / | 1942 | 6,58 | 12,20 |
| 1948 / | 1943 | 6,47 | 6,97 |
| 1949 / | 1944 | 6,28 | 10,75 |
| 1950 / | 1945 | 6,09 | 10,70 |
| 1951 / | 1946 | 7,45 | 11,15 |
| 1952 / | 1947 | 8,35 | 12,03 |
| 1953 / | 1948 | 10,03 | 13,26 |
| 1954 / | 1949 | 10,30 | 13,55 |
| 1955 / | 1950 | 11,13 | 15,74 |
| 1956 / | 1951 | 11,91 | 16,09 |
| 1957 / | 1952 | 12,22 | 17,68 |
| 1958 / | 1953 | 13,64 | 18,15 |
| 1959 / | 1954 | 13,79 | 16,97 |
| 1960 / | 1955 | 14,55 | 19,60 |
| 1961 / | 1956 | 13,91 | 18,46 |
| 1962 / | 1957 | 15,60 | 19,11 |
| 1963 / | 1958 | 14,61 | 15,77 |
| 1964 / | 1959 | 15,92 | 16,58 |
| 1965 / | 1960 | 17,13 | 15,71 |
| 1966 / | 1961 | 19,25 | 15,63 |

Fonte: Tabela II

TABELA IX

EVOLUÇÃO DO VALOR REAL ANUAL MÉDIO DAS APOSENTADORIAS E PENSÕES(*) NA PREVIDÊNCIA SOCIAL BRASILEIRA (1923-1966)
(em cruzeiros de 1976)

| ANOS | APOSENTADORIAS | | PENSÕES | |
|---|---|---|---|---|
| | Valor | Índice (1929 = 1,00) | Valor | Índice (1929 = 1,00) |
| 1923 | - | - | - | - |
| 1924 | - | - | - | - |
| 1925 | - | - | - | - |
| 1926 | - | - | - | - |
| 1927 | - | - | - | - |
| 1928 | - | - | - | - |
| 1929 | 10.327,20 | 1,00 | 2.450,73 | 1,00 |
| 1930 | 12.113,67 | 1,17 | 1.947,07 | 0,79 |
| 1931 | 11.755,69 | 1,13 | 2.176,94 | 0,89 |
| 1932 | 10.956,04 | 1,06 | 2.528,39 | 1,03 |
| 1933 | 11.208,33 | 1,08 | 2.355,22 | 0,96 |
| 1934 | 10.889,80 | 1,05 | 2.545,61 | 1,04 |
| 1935 | 10.450,52 | 1,01 | 2.577,48 | 1,05 |
| 1936 | 8.768,66 | 0,85 | 1.823,60 | 0,74 |
| 1937 | 8.239,80 | 0,80 | 1.675,18 | 0,68 |
| 1938 | 7.642,35 | 0,74 | 1.774,84 | 0,72 |
| 1939 | 7.089,89 | 0,68 | 1.480,78 | 0,60 |
| 1940 | 6.516,81 | 0,63 | 1.515,58 | 0,62 |
| 1941 | 5.494,35 | 0,53 | 1.193,62 | 0,48 |
| 1942 | 4.657,02 | 0,45 | 1.095,55 | 0,45 |
| 1943 | 4.237,90 | 0,41 | 1.164,09 | 0,47 |
| 1944 | 3.661,94 | 0,35 | 979,44 | 0,40 |
| 1945 | 3.742,51 | 0,36 | 1.354,07 | 0,55 |
| 1946 | 3.926,25 | 0,38 | 854,86 | 0,35 |
| 1947 | 3.441,51 | 0,33 | 772,56 | 0,32 |
| 1948 | 3.729,17 | 0,36 | 1.426,33 | 0,58 |
| 1949 | 3.933,43 | 0,38 | 952,41 | 0,39 |
| 1950 | 5.568,56 | 0,54 | 1.226,04 | 0,50 |
| 1951 | 5.504,99 | 0,53 | 1.424,46 | 0,58 |
| 1952 | 5.436,71 | 0,53 | 1.334,60 | 0,57 |
| 1953 | 5.190,09 | 0,50 | 1.404,09 | 0,57 |
| 1954 | 5.543,32 | 0,54 | 1.450,89 | 0,59 |
| 1955 | 6.361,48 | 0,61 | 1.642,14 | 0,67 |
| 1956 | 6.039,06 | 0,58 | 1.806,55 | 0,74 |
| 1957 | 7.708,55 | 0,75 | 1.915,03 | 0,78 |
| 1958 | 6.648,40 | 0,64 | 1.738,25 | 0,71 |
| 1959 | 7.146,24 | 0,69 | 1.928,28 | 0,79 |
| 1960 | 6.645,82 | 0,64 | 1.630,28 | 0,67 |
| 1961 | 8.703,22 | 0,84 | 2.132,16 | 0,87 |
| 1962 | 7.582,66 | 0,73 | 2.310,25 | 0,94 |
| 1963 | 6.788,28 | 0,65 | 2.279,37 | 0,93 |
| 1964 | 6.370,20 | 0,61 | 2.336,15 | 0,95 |
| 1965 | 6.466,90 | 0,63 | 2.459,00 | 1,00 |
| 1966 | 6.258,80 | 0,61 | 2.715,00 | 1,10 |

Fonte: Tabelas anteriores (I, II e VI)

(*) Despesas anuais com cada um destes benefícios, em valores reais, divididas pelo número de Beneficiários (respectivamente: aposentados e pensionistas) em cada ano correspondente.

TABELA X

INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA DOS SERVIDORES DO ESTADO

Benefícios de família

Por 100$0 de salário-base do segurado

| IDADE NICIAL DO SEGURADO | PENSÃO MENSAL | | | | PECÚLIO |
|---|---|---|---|---|---|
| | VITALÍCIA (alínea a) | TEMPORÁRIA (alínea b) | | | |
| | | Até 6 anos | 6 a 12 anos | 12 ou mais | |
| 20 ..... | 26$2 | 5$2 | 7$8 | 10$4 | 758$7 |
| 21 ..... | 25$0 | 5$0 | 7$5 | 10$0 | 712$3 |
| 22 ..... | 23$9 | 4$8 | 7$2 | 9$6 | 668$8 |
| 23 ..... | 22$9 | 4$6 | 6$9 | 9$1 | 626$0 |
| 24 ..... | 21$9 | 4$4 | 6$6 | 8$8 | 592$8 |
| 25 ..... | 21$1 | 4$2 | 6$3 | 8$4 | 558$7 |
| 26 ..... | 20$3 | 4$1 | 6$1 | 8$1 | 527$5 |
| 27 ..... | 19$6 | 3$9 | 5$9 | 7$8 | 490$3 |
| 28 ..... | 18$9 | 3$8 | 5$7 | 7$5 | 473$2 |
| 29 ..... | 18$3 | 3$7 | 5$5 | 7$3 | 449$3 |
| 30 ..... | 17$7 | 3$6 | 5$3 | 7$1 | 425$4 |
| 31 ..... | 17$3 | 3$5 | 5$2 | 6$9 | 405$8 |
| 32 ..... | 16$8 | 3$3 | 5$1 | 6$7 | 385$5 |
| 33 ..... | 16$3 | 3$3 | 4$9 | 6$5 | 367$4 |
| 34 ..... | 15$9 | 3$2 | 4$8 | 6$4 | 350$0 |
| 35 ..... | 15$5 | 3$1 | 4$6 | 6$2 | 333$3 |
| 36 ..... | 15$1 | 3$0 | 4$6 | 6$1 | 317$4 |
| 37 ..... | 14$8 | 3$0 | 4$4 | 5$9 | 302$9 |
| 38 ..... | 14$4 | 2$9 | 4$3 | 5$8 | 288$4 |
| 39 ..... | 14$1 | 2$8 | 4$2 | 5$7 | 275$4 |
| 40 ..... | 13$8 | 2$8 | 4$1 | 5$5 | 262$3 |
| 41 ..... | 13$5 | 2$7 | 4$1 | 5$4 | 250$0 |
| 42 ..... | 13$2 | 2$7 | 4$0 | 5$3 | 238$4 |
| 43 ..... | 13$0 | 2$6 | 3$9 | 5$2 | 227$5 |
| 44 ..... | 12$8 | 2$5 | 3$8 | 5$1 | 217$4 |
| 45 ..... | 12$5 | 2$5 | 3$8 | 5$0 | 206$5 |
| 46 ..... | 12$3 | 2$5 | 3$7 | 4$9 | 197$1 |
| 47 ..... | 12$1 | 2$4 | 3$6 | 4$9 | 187$0 |
| 48 ..... | 11$8 | 2$4 | 3$6 | 4$7 | 177$5 |
| 49 ..... | 11$6 | 2$3 | 3$5 | 4$6 | 168$8 |
| 50 ..... | 11$4 | 2$3 | 3$4 | 4$6 | 150$4 |
| 51 ..... | 11$2 | 2$2 | 3$3 | 4$5 | 150$7 |
| 52 ..... | 10$9 | 2$2 | 3$3 | 4$3 | 142$0 |
| 53 ..... | 10$7 | 2$2 | 3$2 | 4$3 | 134$1 |
| 54 ..... | 10$5 | 2$1 | 3$2 | 4$2 | 126$1 |
| 55 ..... | 10$3 | 2$0 | 3$1 | 4$1 | 118$8 |
| 56 ..... | 10$1 | 2$0 | 3$0 | 4$1 | 111$6 |
| 57 ..... | 9$9 | 2$0 | 3$0 | 4$0 | 104$3 |
| 58 ..... | 9$7 | 2$0 | 2$9 | 3$9 | 97$1 |
| 59 ..... | 9$6 | 1$9 | 2$9 | 3$8 | 90$6 |
| 60 ..... | 9$3 | 1$9 | 2$8 | 3$8 | 84$1 |
| 61 ..... | 9$1 | 1$8 | 2$8 | 3$6 | 77$5 |
| 62 ..... | 8$9 | 1$8 | 2$7 | 3$6 | 71$7 |
| 63 ..... | 8$8 | 1$7 | 2$6 | 3$5 | 65$2 |
| 64 ..... | 8$6 | 1$7 | 2$5 | 3$4 | 60$1 |
| 65 ..... | 8$3 | 1$7 | 2$5 | 3$3 | 54$3 |
| 66 ..... | 8$2 | 1$7 | 2$5 | 3$3 | 49$3 |
| 67 ..... | 8$0 | 1$6 | 2$4 | 3$2 | 44$2 |
| 68 ..... | 7$8 | 1$6 | 2$3 | 3$1 | 39$1 |

QUADRO I

COMPARAÇÃO ENTRE TRÊS DIFERENTES MOMENTOS DA PREVIDÊNCIA SOCIAL BRASILEIRA, QUANTO AO PLANO DE BENEFÍCIOS E SERVIÇOS E QUANTO AO VALOR DAS CONTRIBUIÇÕES DOS SEGURADOS (COMO PERCENTUAL DO SALÁRIO)

| BENEFÍCIOS E SERVIÇOS | Modelo Pré-30 (1923/26) | INSTITUTOS (período 30-45) (*) | | | | | | Lei Orgânica de Previdência Social (1960) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | IAPM (1933/26) | IAPB (1934) | IAPI (1936/37) | IAPETC (1938) | IPASE (1938/41) | IAPC (1940) * | |
| Aposent. Ordinária | X | | X | | X | ? ou | X | X |
| Aposent. p/Invalidez | X | X | X | X | X | ? | X | X |
| Pensão | X | X | X | X | X | X | X | X |
| Assist.Médico Hosplt. | X | X | X | | | X | X | X |
| Assist. Farmacêutica | X | X | X | | | | | X |
| Auxílio-Serv.Militar | X | | | | | | | |
| Auxílio-Funeral | X | | X | | X | | X | X |
| Pecúlio | X | | | | | X | X | X |
| Auxílio-Doença | | | X | X | | | X | X |
| Auxílio-Maternidade | | | X | | | | X | X |
| Auxílio-Detenção | | | X | | | | | X |
| Salário-Família | | | | | | | | X |
| Assist. Alimentar | | | | | | | | X |
| Contrib. Segurados (**) | 3% | 3% | 4 a 7% | 3 a 8% | 3 a 8% | 4 a 7% | 3 a 8% | 8% |

(*) Os dados referem-se aos decretos de constituição dos Institutos e seus regulamentos e no caso do IAPC (criado em 1934), à reforma promovida no Instituto em 1340.

( ) No IAPB e IPASE as porcentagens variavam entre os segurados, conforma a faixa salarial. No IAPI e IAPC vigorava um coeficiente único (dentro do intervalo assinalado na tabela), periodicamente redefinido.

Fontes: Para os períodos pré-45, legislação da Previdência Social In VALERIUS, op.cit., para a última coluna (LOPS), Lei nº 3.807, de 26.08.1960.

ANTECEDENTES (PRÉ-1923): O ESTADO LIBERAL VERSUS AS REIVINDICAÇÕES DO MOVIMENTO OPERÁRIO NA PRIMEIRA REPÚBLICA.

A assistência médica na Previdência Social brasileira nasceu já em 1923, quando o Decreto nº 4.682, de 24 de janeiro (conhecido por "Lei Eloy Chaves", em homenagem ao autor do projeto) fez criar "em cada uma das empresas de estrada de ferro existentes no país, uma Caixa de Aposentadoria e Pensões para os respectivos empregados" (1). Rezava seu artigo 9º:

> "Os empregados ferroviários a que se refere o artº 2º desta lei, que tenham contribuido para os fundos da caixa com os descontos referidos no art. 3º letra 'a' terão direito:
> 1º - a socorros médicos em caso de doença em sua pessoa ou pessoa de sua família, que habite sob o mesmo teto e sob a mesma economia;
> 2º - a medicamentos obtidos por preço especial determinado pelo Conselho de Administração;
> 3º - aposentadoria;
> 4º - a pensão para seus herdeiros em caso de morte".

Ao contrário de uma série de leis, decretos, projetos, etc. a respeito de questões trabalhistas e sociais, produzidos nos anos anteriores, que nunca saíram do papel (2), este Decreto, basicamente por situar-se já numa conjuntura distinta (ver adiante), gerou efeitos concretos, com a criação efetiva de instituições responsáveis pela sua execução. Evidência da concretização dos dispositivos do Decreto de 1923 é o fato de que, já no mesmo ano, como mostra a Tabela I, as Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs) então criadas, arrecadaram (em valores correntes) 13.600:000$000, (treze mil e seiscentos contos de réis) e disperderam 1.700:000$000, dos quais 800:000$00 em assistência médica. Como se verá mais adiante, nos anos seguintes a legislação trabalhista e social estendeu o sistema de Caixas a outras categorias profissionais.

Se, concordando com alguns autores tomarmos este Decreto (e as instituições que ele fez surgir) como marco do nascimento não só da assistência médica previdenciária no Brasil, mas da própria Previdência Social brasileira em termos efetivos (3), veremos que, desde as suas origens até hoje, esta comporta em seu interior, não só o seguro social (benefícios pecuniários) a que se refere a deno

minação das primeiras instituições previdenciárias - Caixas e depois Institutos de Aposentadoria e Pensões - como também a assistência médica (além de outros benefícios pecuniários e serviços). Como veremos em outro capítulo, no período correspondente aos anos 1930-1945, esta situação começou a ser questionada por vários técnicos e dirigentes previdenciários (notadamente os do IAPI) que argumentavam que a atribuição dos órgãos de Previdência Social deveria se restringir à concessão daqueles benefícios "originais"(sic). Desde então, esta foi uma das polêmicas centrais no que tange à Previdência Social no Brasil: seu campo de intervenção. Deveria ou não a Previdência conceder um amplo espectro de benefícios e serviços (entre eles, o de assistência médica)? Esta polêmica não se restringiu aos técnicos do aparelho previdenciário, pelo contrário, manifestando-se também nas crescentes pressões dos segurados (quando isto foi possível), bem como nas formulações elaboradas pelos governantes do país (que, como se verá, oscilarão entre as duas posições e seus matizes), em função de suas concepções mais amplas sobre a problemática da Política Social.

A realidade refletia o desenrolar desta polêmica e dos conflitos de interesse que ela expressava. A intensidade e a abrangência dos benefícios e serviços da Previdência Social, incluindo a assistência médica, como se verá oscilou bastante ao longo destes 54 anos de história. No que tange à assistência médica, imbuia-se também uma questão que lhe é correlata: a forma de prestação destes serviços. Dado que a Previdência Social fornece assistência médica, deveria fazê-lo diretamente ou se limitar a comprar serviços? Neste último caso, de produtores privados ou de outras instituições públicas não previdenciárias? Estes problemas foram, igualmente, objeto de ampla discussão, adotando-se medidas conflitantes e de diferentes intensidades conforme a conjuntura.

Em torno destas questões centrais é que, a nosso ver, foi se desenvolvendo o problema da assistência médica na Previdência Social Brasileira, até atingir a sua forma atual: a constituição de um "complexo" que envolve serviços próprios, o setor privado e outros setores públicos conveniados, numa miscelânea de fórmulas alternativas produzidas ao longo do tempo e vinculadas a distintos interesses e preocupações.

2086

Mas, tudo partiu da introdução inicial, na Previdência brasileira, do fornecimento de serviços médicos. É preciso, portanto, em primeiro lugar, compreender que circunstâncias produziram esta situação que depois seria objeto de tanta controvérsia, o que exige a discussão prévia da conjuntura que lhe é anterior, tentanto compreender o "corte" de 1923. Este é o assunto do presente capítulo.

Ao contrário do que ocorria no Império, e com exceção dos primeiros dois anos de "Governo Provisório" (1889-1891), a República Velha vai se constituir, até o início dos anos 20, como um regime aferrado rigidamente aos princípios do liberalismo econômico no que tange ao mercado de força de trabalho, com uma conseqüente postura não intervencionista na área do que hoje se conhece como "política trabalhista" e "social" (4). RODRIGUES (op. cit.) descreve assim esta situação:

> "(...) há que assinalar uma diferença sensível entre a política imperial e a republicana. Aquela, devido aos fatos já apontados, não tivera condições de adotar, em toda linha, a política de liberalismo econômico adotada pelo mundo moderno. Antes, permanecera apegada a princípios do mercantilismo e relutava em abrir mão de poderes intervencionistas. A República, no entanto, se fizera muito calcada em princípios liberais e a coincidente expansão do capitalismo urbano fez com que o princípio de "laissez-faire" se revigorasse, juntamente com escrúpulos não intervencionistas do Estado republicano. Vê-se pois (...), durante toda a Primeira República, a rígida aplicação do princípio da 'liberalidade do trabalho' ou do "livre contrato do trabalho' (...). O Estado alegava a impossibilidade de atender a reivindicações como por exemplo a redução da jornada do trabalho, apegado ao argumento de que isso corresponderia a ferir a independência e autonomia da livre empresa".

Vianna (op. cit.) corrobora este ponto de vista (se bem que procure demonstrar que esta postura liberal só se inicia com o regime inaugurado pela Constituição de 1891) (5):

> "Ao intervencionismo de talhe prussianizante (do Governo Provisório) (...) segue-se a mais rigorosa e consciente ortodoxia liberal. Com a Constituição (de 1891) isenta-se o mercado de trabalho de influências provenientes da política e da organização social (...)

> Enquanto o marco institucional alinhou-se com fidelidade ao espírito de 91 — ou seja, para o autor, até 1919 — toda tentativa de corrigir, disciplinar ou regulamentar o mercado foi repelida em nome da liberdade do exercício profissional".

Cita, em seguida, trecho da justificativa de rejeição pelo parlamento em 1895 de um projeto de regulamentação da locação de serviços, que dá bem a medida da concepção hegemônica no Estado brasileiro. À época, sobre qual deveria ser a sua conduta face a estas questões:

> "O papel do Estado, num regime livre, é assistir como simples espectador à formação dos contratos e só intervir para assegurar os efeitos e as consequências dos contratos livremente".

Quanto às razões desta postura "liberal ortodoxa" do Estado frente ao mercado de força de trabalho, ambos os autores concordam (com matizes) que tal postura vincula-se, com clareza, aos interesses e à época: seja a oligarquia-exportadora, seja o nascente empresariado industrial que começava a crescer nas fissuras da economia do café. Referindo-se à permanente não efetivação da incipiente legislação trabalhista e social que uns poucos parlamentares progressistas teimavam em tentar implementar (assunto ao qual retornaremos mais adiante) diz Rodrigues:

> "As condições institucionais da época da Primeira República tinham, porém, vigor maior do que os textos de leis. Victor Nunes Leal chama a atenção para a 'concentração de poder nos Estados' que a República inaugurou e cuja consequência lógica foi a 'política dos governadores', inaugurada por Campos Sales. Essa tendência de ordem geral se tornou muito mais rígida, a ponto de se proclamar repetidamente que o Parlamento Nacional estava impedido de baixar leis reguladoras do trabalho porque isso implicaria ferir a autonomia estadual... Na verdade, o que estava por trás desta autonomia eram os interesses da livre-empresa, pois persistia na época, quase como um princípio sagrado, o conceito da 'liberdade do trabalho', que incluia a inviolabilidade do contrato individual de trabalho, mutuamente estabelecido entre o patrão e o empregado e a respeito do qual nenhum poder estranho deveria interferir. A aplicação do conceito liberal resultava pura e simplesmente na omissão do Estado diante das questões do trabalho: aos interesses gerais da sociedade e da pessoa humana sobrepunham-se os interesses da empresa que só poderia operar no regime da livre-concorrência, inclusive no que diz respeito ao mercado de mão-de-obra". (RODRIGUES, op. cit.).

Sobre esta mesma questão, Vianna (op.cit.)estabelece uma relação menos direta entre o liberalismo do Estado (francamente dominado à época, não esqueçamos, pela burguesia agrária-exportadora) em relação ao mercado de mão-de-obra, e os interesses "da livre-empresa" (concebida aqui como empresa industrial, urbana, visto que as relações de trabalho no campo sempre foram, durante este período, objeto de muito menor preocupação legislativa e de muito maior resistência à sua implementação. Sobre isso ver os dois autores, op.cit.). Para ele, a oligarquia agrário-exportadora – esta sim, efetivamente no poder durante o período em questão – tem uma preocupação menos imediata com a possibilidade (remotíssima na época) de que a legislação sobre o trabalho viesse a ter qualquer efeito concreto sobre as relações de trabalho em seu setor de atividades. Tratava-se muito mais de evitar qualquer fissura na sua concepção federativa de autonomia dos estados – esta sim política e economicamente essencial – para a organização da sociedade brasileira(6). Qualquer ameaça de abalo na visão liberal de mundo que fundamentava ideologicamente o conceito de federação contaria com a oposição desta fração de classe e, portanto, no período, com a oposição imediata do Estado. Só a exacerbação do questionamento sobre este ponto, que colocasse em risco a sua hegemonia como um todo, é que poderia obrigar o Estado agrário-exportador a abrir mão desta cláusula de importância relativamente menor (para ele) da maneira de organizar a sociedade. Coisa que efetivamente veio a ocorrer, em princípio dos anos 20, como veremos adiante. Eis o que diz o autor:

> "Ora, emascular o livre jogo mercantil pela intervenção da instância política, se não eliminava os pressupostos liberais que orquestravam o conjunto do sistema, ao menos rebaixava o 'status' da sua validade. Consequentemente, federação e ortodoxia liberal representavam a dupla face da mesma moeda, persistindo como noções indissoluvelmente vinculadas. (...) portanto (...) o liberalismo brasileiro não se configurou numa ordem legal ideal, caricaturalmente contraposta à ordem concreta, mas na forma necessária de um sistema de dominação".
>
> "Para a ordem oligárquica, a legislação trabalhista, como se viu nos anos 20, quando ela mesma produzirá leis sociais, não se constituirá em algo perigoso em si, desde que, certamente, as relações de trabalho no mundo agrário ficassem à sua margem. Trata-se de matéria nuclear e essencialmente subordinada à lógi

> ca da sua concepção mercantil do mundo. A integridade e a autoridade da construção liberal, sob a qual se assentava a federação, situar-se-iam criticamente na hipótese de se legitimar uma ação intervencionista sobre o mercado de trabalho. Subordinar o mercado de trabalho, em termos estritos, insinuava mais ou menos sutilmente a possibilidade da descoberta de outros postulados, como o de nação, como quis o Governo Provisório".

De qualquer maneira, o mesmo autor, com base em documentos da Federação das Indústrias do Estado de São Paulo (FIESP), registra também o ponto de vista do empresariado industrial sobre a questão, quando este já havia adquirido maior peso econômico e político na vida da nação, nos anos 20 (ver capítulo 2: "Leis do Trabalho e a Burguesia Industrial: a Tentativa do Liberalismo Formalista nos Anos Vinte"). Aí fica claro que a burguesia industrial tinha também, na conjuntura de que estamos tratando, um projeto para a sociedade que, embora não determinasse as opções do Estado dominado pela oligarquia agrária, era ainda mais rigidamente liberal (7).

Desta forma, o liberalismo, anteriormente assinalado como hegemônico no período, aparece como uma imposição do Estado controlado pelos agrários, em função de seus próprios interesses de classe, mas que recebe a adesão entusiasmada dos empresários industriais nascentes que também vêem nele, neste momento, a forma mais adequada a seus interesses de gerir a questão das relações de trabalho.

Como dizíamos no princípio deste capítulo, a já referida postura liberal do Estado nesta conjuntura implicava na quase ausência de intervenção na área da legislação trabalhista e social, e mais ainda de execução de medidas concretas neste sentido: seja fiscalização das condições de trabalho, de contratos, etc.; seja (e é o que nos interessa mais de perto) ações de caráter previdenciário e assistencial de qualquer natureza. (8).

> "Contrastando com a produção legislativa dos dois anos do governo provisório em matéria de relações de trabalho, em quase 30 anos a ordem liberal de 1891 não criará no plano federal nenhum dispositivo regulador do mercado de trabalho" (Vianna, op.cit.).
>
> "As instituições tradicionais, ou os homens que nelas falavam, timbravam em não tomar conhecimento dos inseios e problemas de novo: repetidamente a

> mavam solenemente a inexistência da chamada questão social entre nós, visto que éramos um país essencialmente agrícola e onde a indústria não contava". (RODRIGUES, op.cit.).

A partir da década de 10, principalmente, começaram a surgir no Congresso alguns parlamentares mais sensíveis à "questão social", como Maurício de Lacerda ou Medeiros e Albuquerque, por exemplo, que procuravam com grande esforço sensibilizar a enorme maioria liberal para estes temas. Estes parlamentares de novo tipo dedicaram-se a uma intensa atividade legislativa sobre vários aspectos das questões trabalhistas e sociais, tais como: regulamentação do trabalho das mulheres e dos menores; indenização por acidentes de trabalho; organização sindical; contratos de trabalho; duração da jornada de trabalho; criação de juntas de conciliação e arbitragem; instalação de creches; estabilidade no emprego; etc. (ver as referências supracitadas). No entanto, diz RODRIGUES (op.cit.) a esse respeito:

> "(...) os projetos nem sempre se convertiam em lei e, quando convertidos, não se executavam, de maneira que fora como se não existissem"

E Vianna (op.cit.):

> "O radicalismo liberal (...) rejeitou rigorosamente todas as incursões que visavam retificar o estatuto de sua ordem".

Também no que se refere ao âmbito mais específico deste trabalho – a previdência social e a assistência médica – a situação era a mesma. Maurício de Lacerda, por exemplo, apresentou em 1917 um projeto de lei criando o Departamento Nacional de Trabalho:

> "Pretendia seu autor que o DNT cuidasse de assuntos referentes à organização do trabalho e da previdência social (...).
> (RODRIGUES, op. cit.)

Segundo RODRIGUES, o projeto tornou-se "Decreto Legislativo", autorizando o Presidente da República a, "sem aumento de despesas", organizar o Departamento a partir da reformulação de outro órgão (a "Diretoria do Serviço de Povoamento"). No entanto, o Presidente Wenceslau Braz jamais usou a autorização do Congresso, e RODRIGUES (op.cit.) cita um autor que, em 1922, ainda apontava a ausência sequer de regulamentação da lei.

No âmbito assistencial, o quadro era o mesmo:

> "Com relação a este acidente (de trabalho) não h... via dispositivo legal algum que obrigasse o pat.ão a socorrer, indenizar e muito menos pagar o tempo que o operário era obrigado a faltar ao serviço, enquanto se cuidava por conta própria ou buscava tratamento nas Santas Casas de Misericórdia". (RODRIGUES, op.cit.).

ALVES (9) história a seqüência de tentativas frustadas, entre 1904 e 1919, de estabelecimento de uma legislação impondo a obrigatoriedade de indenização por acidentes de trabalho. Quatro projetos a este respeito foram apresentados no período citado, e nenhum conseguiu implementação.

No entanto, o outro setor social obviamente interessado nestas questões – as classes trabalhadoras urbanas – vinha reagindo. Fracas e minoritárias na sociedade, e contrapostas a uma burguesia industrial também incipiente, as classes trabalhadoras urbanas, sem qualquer tipo de proteção legal, eram submetidas a condições "selvagens" de exploração.

Recorrendo a testemunhas contemporâneas, RODRIGUES (op. cit.), traça um quadro bastante vivo das condições de vida e trabalho desse setor da população na época, do qual retiramos a citação apresentada a seguir (na qual é interessante observar, inclusive, a consciência dos efeitos destas condições sobre a saúde).

> "As condições de trabalho eram as mais precárias possíveis e nas obras acima citadas encontram-se exemplos abundantes. Poucas eram as instalações apropriadas ao trabalho fabril, que era desempenhado nas piores condições e longe das vistas do público que, por conseguinte, não chegava a tomar conhecimento da toda extensão e gravidade do problema; e como a grande imprensa não se preocupava muito com essas questões, a opinião pública mantinha-se muitas vezes indiferentes às reivindicações dos operários. Everardo Dias, um ativo militante da época, fala das condições de trabalho nas oficinas, 'quase todas sem ar e sem luz suficiente, montadas em barracões sombregos ou fundos de casas'. Deodato Maia, firmando em depoimento de higienistas, dá um verdadeiro brado de alarme e nos informa o seguinte, com relação ao Rio de Janeiro:

> 'Os edifícios de nossas fábricas, com pouquíssimas exceções, são velhos pardieiros aceitados para esta ou aquela indústria; mas, nas instalações ou adaptações à la diable, para tudo se olha menos para a saúde do operário'.
> 'Falta aos vetustos casarões luz natural, e a luz artificial é irregular e defeituosa; não dispõe eles de ar suficiente para o número de pessoas que trabalham, quer englobadamente, quer em estreitos compartimentos; não existem reservatórios de água, de acordo com as prescrições hygienicas, nem tampouco aparelhos de desinfecção, e dahi as vertigens, as nauseas, as dores thoráxicas, a cephalalgia, a antropoxina e outros males que atacam as pessoas que vivem em atmosphera viciada'".

Prossegue RODRIGUES:

> "Os elementos mais sacrificados eram os menores e as mulheres, submetidos inclusive ao trabalho noturno. Evaristo de Morais refere-se a uma notícia estampada nos jornais, de uma 'operária de seis annos' (!) que colhida por uma máquina, ficara deformada. Não havia como esconder a evidência e é sintomático que as reivindicações operárias mais frequentes e que encontram maior receptividade diziam respeito à redução da jornada de trabalho, ao trabalho da mulher e do menor, ao trabalho noturno e aos acidentes de trabalho".

Vivendo nestas condições, desprovidos de qualquer amparo legal por parte do Estado, e fortemente influenciados pela experiência política do grande contingente de imigrantes europeus que compunha o operariado da época, esses setores da população desenvolveram uma intensa atividade política, que nasce já no final do século passado e cresce progressivamente nos anos seguintes, atingindo seu apogeu ao final da década de 10 (ver as referências citadas até aqui).

A importante corrente anarquista, que tinha considerável influência sobre o movimento operário no período em questão, tendia à orientar uma parcela desse movimento segundo sua tática de "ação direta", isto é, desconsiderando a possibilidade de uma intervenção reguladora do Estado e, em função disto, pregando o enfrentamento direto entre trabalhadores e empresários no espaço do próprio mercado, da fábrica. No entanto, ao que parece, essa tendência foi progressivamente suplantada pela tomada do Estado como interlocutor, ao qual passaram a ser dirigidas as reivindicações, agora por uma intervenção reguladora e assistencial. Sobre es-

questão, diz Vianna (op.cit.):

> "Em grande medida, além do caráter imediato de suas reivindicações no plano econômico, boa parte de sua movimentação organizada esteve precisamente localizada no esforço de romper o estatuto da ortodoxia liberal da ordem inclusiva. Um dos fins de sua ação se dirigia a torná-la permeável à admissão de dispositivos regulamentadores do uso no mercado do fator trabalho. Daí que seu agir, apesar do anarco-sindicalismo, com segurança mais de fachada do que de conteúdo, se tenha bifurcado na direção da empresa, de um lado, e na do Estado, de outro, para pressioná-lo a intervir sobre o mercado de trabalho".

Analisando mais adiante as conclusões do Congresso Operário Brasileiro de 1906, o autor aponta a coexistência aí de resoluções de nítido teor anarco-sindicalista (10) com outras onde se chama o Estado como interlocutor, reivindicando legislação sobre a matéria (cita, neste caso, o exemplo das resoluções sobre a jornada de trabalho). E conclui:

> "A pressão operária, que nos anos seguintes não deixará de crescer, acentuará essa ambiguidade, manifesta e evidente, entre o tom do discurso e a prática política. Durante o período, hesitará a meio caminho da ação direta num mercado visto como em 'estado de guerra' natural e permanente, e de uma política que inclua o centro do poder político — o Estado — no sistema do seu comportamento. A aplicação do esforço para a regulamentação legal das condições de trabalho abrirá as comportas para a resolução do impasse, o que só ocorrerá nos anos 20. De maneira tentativa e inconsciente, a partir de 1906, a movimentação operária, conservando o jargão, a inspiração e a estratégia anarquista, perceberá no Estado um interlocutor vulnerável a sua ação, reivindicando dele leis protetoras e regulamentadoras do trabalho".

As reivindicações apresentadas pelo movimento operário neste período, através de seus congressos, greves, circulares e outras manifestações (reivindicações de que daremos exemplos a seguir) parecem deixar bastante claro que, efetivamente, no Brasil da Primeira República, a partir de certo momento, o Estado começa a ser considerado como interlocutor, se não exclusivo, pelo menos importante (11). E mais ainda (ponto aonde queríamos chegar): nesse processo, ao abandonar a pauta economicista imediata que caracterizava, em última instância, o leque restrito de reivindicações da prática de "ação direta" dos anarco-sindicalistas, o movimento

rio passou a construir, implícito nas suas reivindicações concretas, um novo projeto para o Estado brasileiro. Projeto de ruptura com a ideologia liberal hegemônica, no qual, enquanto classe, os operários enfrentavam sozinhos, como vimos, as postulações e interesses, seja da oligarquia agrária dominante, seja da burguesia industrial nascente.

Só na década de 20, os agrários, ainda no poder, incorporaram este projeto, nascido — repetimos — a partir das classes trabalhadoras urbanas.

Essa concepção do problema está, a nosso ver, presente nas citações acima reproduzidas de Vianna, para quem:

> "boa parte da sua (das classes trabalhadoras) movimentação organizada esteve precisamente localizada no esforço de romper o estatuto da ortodoxia liberal da ordem inclusiva".

Ou na formulação a seguir (op. cit.):

> "O liberalismo oligárquico (...) ao fechar, pelo rigor da lógica da sua carta de princípios os caminhos da regulamentação do mercado de trabalho, deixa campo livre para a sociedade civil organizar e cobrar uma nova legalidade. Enquanto a carta de princípios se mantém livre de contaminação, em sua inteireza classicamente liberal, as classes subalternas, em particular a classe operária, procurarão 'legislar' em proveito próprio no terreno concreto das lutas sociais, tentando arrancar no mercado o que entende como seu direito".

Já vimos como, num segundo momento, essa "legislação" construída "no terreno concreto das lutas sociais", "no mercado", passa a ser cobrada também ao Estado, para que ele a institucionalize e perpetue, para que as conquistas de uma greve, de um setor, se disseminem e se mantenham.

Ou seja, queremos dizer que a legislação e as ações no campo trabalhista e social, que começam a ser implementadas na década de 20, quando o estado abandona, na prática, as formulações liberais da constituição ainda vigente, foram antevistas, constituídas, formuladas, e reivindicadas pelo movimento operário. E são produto da sua pressão, em condições extremamente adversas, por mais de 30 anos. Ou, como diz RODRIGUES (op. cit.), após listar as reivindicações desse movimento:

> "Como se vê, todos os pontos fundamentais da moderna legislação do trabalho já haviam sido levantados pelo movimento operário brasileiro em suas primeiras fases. Em torno deles se fazia a mobilização e a agitação operária e constituiram objeto de lutas em condições penosas e de repressões violentas..." (12).

Essa questão é central, como veremos no capítulo seguinte, para que se possa compreender o porquê do caráter amplo, ainda que tardiamente nos campos securitário e assistencial, assumido pela Previdência Social brasileira em seus primórdios na década de 20, e a razão pela qual ele foi tão questionado em conjunturas posteriores (marcadamente a de 30-45).

Mas, antes de passar ao período seguinte, convém apresentar as já referidas reivindicações do movimento operário na conjuntura em questão, de modo a documentar as afirmações feitas acima. Em relação ao nosso objeto específico de estudo, é importante observar como, também aí, todo o elenco de ações posteriores da Previdência Social (aposentadorias, pensões, assistência médica, reparação, indenização por acidentes de trabalho, etc.) já havia sido formulado e reivindicado.

RODRIGUES (op.cit.) reproduz alguns documentos:

> "Em 1901, o Centro Socialista Enrico Ferri e a Liga Democrática lançam um manifesto de 19 de Maio em que apresentam as reivindicações operárias. Publicado no 'O Amigo do Povo', seus itens foram transcritos por Abguar Bastos e são os seguintes: '1 - Modificação dos artigos dos códigos penal e civil que julgam a personalidade humana e jurídica do trabalhador; 2 - reconhecimento da plena liberdade de reunião e de greve; 3 - leis protetoras do trabalho das mulheres e das crianças; 4 - fixação do máximo das horas de trabalho; 5 - fixação do mínimo de salários; 6 - criação da caixa-pensão para os velhos e para os incapazes de trabalhar'. Durante a greve de 1917 em São Paulo, em documento encaminhado à comissão de jornalistas que buscava mediar o conflito, o comitê de Defesa Proletária formulou as seguintes condições para a volta ao trabalho: 1º - Que sejam postas em liberdade todas as pessoas presas por motivo de greve; 2º - Que seja respeitado de modo mais absoluto o direito de associação para os trabalhadores; 3º - Que nenhum operário seja dispensado por haver participado ativa e ostensivamente no movimento grevista; 4º - Que seja abolida de fato a exploração do trabalho de menores de 14 anos nas fábricas, oficinas, etc; 5º - Que os tra

dores com menos de 18 anos (não) sejam ocupados [illegible] trabalhos noturnos; 6º - Que seja abolido o trabalho noturno das mulheres; 7º - Aumento de 35% nos salários inferiores a 5$000 e 25% para os mais elevados; 8º - Que o pagamento dos salários seja efetuado mensalmente, cada 15 dias, e o mais tardar, cinco dias após o vencimento. 9º - Que seja garantido aos operários trabalho permanente; 10º - Jornada de oito horas e semana inglesa; 11º - Aumento de 50% em todo o trabalho extraordinário'. Além disso, apresentava-se um programa mínimo de combate à carestia de vida e regularização do abastecimento. A greve de diversas categorias em São Paulo, em maio de 1919, visava a consecução dos seguintes pontos mencionados por Evaristo de Morais Filho: " a) - a dia de oito horas de trabalho; b) repouso semanal ininterrupto de 36 horas; c) proibição de trabalho dos menores de 14 anos, como também o trabalho noturno das mulheres; d) estabelecimento do salário mínimo baseado no custo atual dos víveres devendo os pagamentos serem efetuados semanalmente; e) equiparação do salário das mulheres ao dos homens; f) completo respeito por parte dos poderes públicos às associações operárias e plena liberdade de pensamento; g) rebaixamento efetivo e seguro dos gêneros de primeira necessidade; h) medidas impeditivas da [illegible] sificação dos gêneros de primeira necessidade; [illegible] redução imediata dos aluguéis".

O mesmo autor cita também o "programa de Legislação Social dos candidatos do Bloco Operário e Camponês, de 1927", o qual também reproduzimos, no mesmo sentido, apesar de já ultrapassar um pouco a conjuntura de que tratamos neste capítulo:

"a) máximo de 8 horas de trabalho diário e 44 horas semanais, e redução a 6 horas nos trabalhos malsãos; b) proteção efetiva às mulheres operárias, aos menores operários, com a proibição do trabalho a menores de 14 anos; c) salário mínimo; d) contratos coletivos de trabalho; e) o seguro social a cargo do Estado e do patronato, contra o desemprego, a invalidez, a enfermidade, a velhice; f) enérgica repressão ao jogo e ao alcoolismo; g) licença às operárias grávidas, de 60 dias antes e 60 dias depois do parto, com pagamento integral dos respectivos salários; h) extinção dos serões e extraordinários; descanso hebdomadário em todos os ramos do trabalho, na indústria, no comércio, nos transportes, na lavoura; j) proibição da dormida nos locais de trabalho; [illegible] água filtrada nas fábricas e oficinas; [illegible] saneamento rural sistemático, visando à regeneração física e moral do trabalhador agrícola, à higienização das condições de trabalho e habitação na lavoura, assistência médica gratuita aos doentes pobres; n) fomento e facilidades às cooperativas operárias de consumo e às cooperativas de produção na pequena lavoura'.

E, para finalizar, reproduzimos, dentre um conjunto de reivindicações constantes de um documento já citado em nota anterior, do Circulo dos Operários da União, de 1914 (ver C.O.U., op. cit.), aquelas mais pertinentes ao nosso tema, ou seja, relativas a medidas na área trabalhista e social:

> "(...) b) applicação aos operários dos estabelecimentos do Estado da legislação relativa à percepção de vencimentos, licença, aposentadoria, pensões e vitaliciedade dos funccionários públicos.
>
> c) Suppressão do regimen do trabalho por tarefa, em preitada ou obra, tanto nas officinas do Estado, como nas particulares: (...).
>
> e) Fixação do máximo de oito horas para o trabalho diário dos operários maiores de 16 annos, assegurado por lei o descanço em épocas normaes, nos domingos ou de um dia por semana, e bem assim os feriados;
>
> f) Férias de 15 dias por ano para todos os operários da União e dos serviços particulares; suspensas somente em casos excepcionaes de exigência pública;
>
> g) Regulamentação das horas de trabalho para as mulheres e menores de 16 annos, fixada a idade mínima e outras condições para a admissão de aprendizes de ambos os sexos nos estabelecimentos de trabalho;
>
> h) Proibição do trabalho nocturno para as mulheres e menores de 16 annos, e sua regulamentação para os operários maiores de 16 permitido somente nos casos de immediata necessidade pública e nos especialíssimos dos processos industriaes de acção contínua, de modo a ser-lhes facultado o repouso proporcional à fadiga nocturna; (...).
>
> k) Legislação sobre accidentes de trabalho, em que se instituam principalmente indemnisações nos casos de depreciação physica, invalidez ou morte do operário chefe de família;
>
> l) Creação de tribunaes arbitraes e respectiva legislação para a solução de todas as questões que se suscitarem entre operários e patrões;
>
> m) Abolição das penalidades comminadas no artigo 206 do Código Penal da República e reconhecimento da legitimidade das "greves" pacíficas do operariado, consideradas como phenomenos de ordem económica;
>
> n) Creação de institutos de previdência para os trabalhadores velhos e invalidos comprehendidos no número destes os aprendizes e as mulheres operárias, sendo essas instituições mantidas por contribuição directa do Estado, dos patrões e das Classes Operárias; (...)

p) Prohibição, sob comminação de penalidades, das industrias nauseabundas, de interesse da saúde publica, como as do aproveitamento do lixo, dos trapos, dos detritos dos esgotos, as quaes aviltam a dignidade do trabalhador;

q) Instituição de penalidades para os patrões que, em seus estabelecimentos prescreverem regulamentos com disposições contrárias á liberdade ou á dignidade dos trabalhadores;

r) Prohibição de multas, suspensões e outras penalidades aos operários, por faltas involuntárias na execução dos trabalhos e inherentes á natureza d'elles;

s) Creação de escolas technico-profissionaes e de bibliothecas apropriadas ao mesmo ensino; (...)

u) Obrigatoriedade em todos os estabelecimentos de trabalho dos dispositivos de segurança contra accidentes, que o progresso industrial aconselha, taes como o revestimento das correias, engrenagens, serras, laminas cortantes, etc. (...)

I - Desenvolvimento da assistência pública e privada.

II - Creação da assistência médica gratuita, distribuida por postos médicos districtaes e serviços de visitas domiciliares.

III - Creação da assistência judiciária gratuita.(...)

V - Creação de albergues nocturnos e decentes para o repouso do Proletariado desprovido dos meios ou recursos necessários ao tratamento social mais adiantado, afim de que não durma ao relento, nas praças públicas e nas escadarias das igrejas.

VI - Augmento relativo da assistência á velhice desprotegida.

VII - Protecção e assistência á infância desamparada, proporcionando-se-lhe em larga escala, o conjuncto de uma educação rigorosamente moral e cívica, a par da intellectual, profissional e physica por meio de institutos sem caracter militar nem penitenciário. (...)

IX - Diffusão de ensino primário; (...)

XIII - Emprego dos capitaes accumulados nas caixas econômicas na construção de habitações ao alcance das classes menos favorecidas da fortuna.

XIV - Construcção de villas proletarias, visando a economia do salário, a hygiene social e a segurança doméstica, e localizando-as em zonas de fácil e rápido accesso, no interesse do aproveitamento do tempo para o repouso e convivência social de seus habitantes.

> XV - Legislação repressiva contra os syndicatos [illegible] nopolios, trustes e cornes para a concentração [illegible] mercadorias, com o objetivo da elevação dos preços afim de auferirem consideráveis lucros, arrancad[illegible] aos consumidores pelas contingências da fome.(...)
>
> XXVIII - Simplificação das leis sobre syndicatos pro fissionaes e cooperativas operárias e agrícolas [illegible] isenção de todos os impostos para os mesmos".

Frente a esta impressionante gama de reivindicações e à sua superposição quase completa às medidas que o Estado passaria a adotar na conjuntura seguinte (1923-30) no âmbito trabalhista e so cial, parece claro que a ruptura do Estado com o liberalismo em efetivamente, programa do movimento operário, finalmente vitorioso na década de 20. Programa que a oligarquia agrária terminou por aceitar, na medida inclusive em que, como vimos, não lhe ameaçava diretamente (uma vez que não atingisse o campo). Mas sob forte pres são das classes trabalhadoras, após 30 anos de lutas, monospreza do, assim, os interesses da burguesia industrial, interessada na perpetuação do "status quo" liberal.

É esse caráter de vitória (obviamente relativa) do movi mento operário que terá o intervencionismo do Estado nos anos fi nais da República Velha (23-30) que nos permite compreender a orga nização de forma abrangente da Previdência Social nesta conjuntura. Fazendo nascer um modelo de Previdência Social que o primeiro go verno Vargas já encontraria estabelecido, e cujas características procuraria, desde o início, cercear e modificar, como veremos (numa atitude muito contrária, por sinal, ao mito de sua paternidade, difundido pelos ideólogos do Estado Novo).

Mas, com isso já avançamos pelos períodos seguintes, de que tratarão os próximos capítulos.

N O T A S:

(1) V. BRASIL - Decreto nº 4.682, de 24 de janeiro de 1923. Toda a legislação sobre Previdência Social mencionada neste texto, até junho de 1954, (salvo menção em contrário) foi retirada de VALERIUS, VICTOR - Legislação Brasileira de Previdência Social, Ed. Aurora, 3ª edição, Rio, 1954. Os grifos nesta citação, como em todas as seguintes, são nossos, salvo referências em contrário.

(2) Esta discussão é mais desenvolvida adiante neste trabalho. Por enquanto nos limitaremos a assinalar, num sentido meramente documental, a "pré-história" da legislação previdenciária brasileira, marcada, principalmente, pelos anos de 1890-92, quando a República recém-instalada pretendeu tornar obrigatória a constituição de "montepios" para algumas categorias de funcionários públicos: os funcionários do Ministério da Fazenda (decreto nº 942-A, de 31/10/1890); os funcionários civis do Ministério da Guerra (decreto nº 1.318-E, de 20/01/1891); e os operários efetivos do Arsenal da Marinha da Capital Federal (Decreto nº 127, de 29/11/1892). Além de prever a concessão de aposentadoria aos empregados da Estrada de Ferro Central do Brasil (decreto nº 406, de 17/05/1890), estendida depois a "todos os empregados das estradas de ferro gerais da República" (pelo decreto nº 565, 12/07/1890). Ver RODRIGUES, J.A. - Sindicato e Desenvolvimento no Brasil, Ed. DIFEL, São Paulo, 1968.
No entanto, a implementação efetiva destas medidas merece uma discussão (ver op.cit.); esse período é uma breve lacuna face ao desprezo que o Estado nutria por estas questões, como se verá mais adiante.

(3) Se nos mantivermos num plano meramente historiográfico - formal, que leve em conta apenas e ao pé da letra a existência ou não de legislação sobre Previdência Social no país, conforme exposto na nota anterior deve-se então tomar pelo menos os anos de 90/92 como origem da Previdência entre nós. No entan-

to, como já foi dito, a implementação destas medidas é discut vel e, de qualquer forma, seu alcance é muito restrito. Segu ram-se, além disso, 30 anos de ausência de medidas no seto previdenciário (ver adiante), de modo que estes Decretos sã poucos mais do que curiosidade, que registram uma pretens intervencionista, não-liberal (neste setor como em outros) d curto regime de 2 anos do Governo Provisório que sucedeu à Proclamação da República (ver adiante).

No outro estremo da questão, encontram-se autores como Donna gelo, M.C.F. - Medicina e Sociedade, Ed. Pioneira, S. Paulo 1975; e Braga, J.C.S. - A Questão da Saúde no Brasil, Disse tação de Mestrado, UNICAMP, Campinas, 1978, MIMED.

Embora reconheçam que foi "criado um número considerável d caixas antes de 1930" (Donnangelo, op.cit.), estes autores de prezam também as medidas no âmbito previdenciário do período 1923-30, com o argumento de que teriam tido pouca importânci ("abrangiam parcela pouco significativa dos assalariados", de que o Estado estaria ausente das instituições criadas n período (as CAPs). Tomarão, então, como início efetivo d Previdência Social no Brasil apenas o período posterior a 19 mais especificamente a criação dos IAPs a partir de 1933. Co isso, os autores citados acabam, na prática, por compartilha do mito estadonovista que mostra Getúlio Vargas como o cria dor da Previdência Social (e da legislação trabalhista) no Br sil, questão que a nossa investigação, como outras, pretend questionar.

Nós tomaremos 1923 como marco, considerando que neste ano não só surgem instituições previdenciárias concretas, que sobrevi vem nos anos seguintes, como também (o que é mais importante) o fato de que isto se dá no bojo de um processo mais geral d mudança de postura do Estado brasileiro face à questão trabalhista e social (ver adiante), mudança esta que, embora co modificações, significa um corte com a situação anterior, está de certa maneira em continuidade com a atitude do Estad em todo o período posterior, até nossos dias. E aí se dá, p tanto, o corte significativo, demarcado por critérios nem me ramente historiográficos nem meramente empírico-quantitativo (embora sem violentar estes últimos, como já vimos).

Com relação à importância desse marco (1923), concordam conosco textos analíticos ou laudatórios como: MALLOY, J.M. -"Previdência Social e Classe Operária no Brasil (uma nota de pesquisa)", Estudos CEBRAP, nº 15, Ed. CEBRAP, São Paulo,.....; MALLOY, J.M. - "A Política de Previdência Social no Brasil: Participação e Paternalismo", Rev. Dados, nº 13, 1976; Brasil, Ministério do Toabalho e Previdência Social (MTPS) - "A assistência médica na Previdência Social", 1973; e Brasil, MTPS , "Eloy Chaves - precurssor da Previdência Social no Brasil", Divulgação, nº 15, 1965. Além destes, no que tange não especificamente à questão previdenciária, mas sim à questão mais geral da mudança de postura do Estado brasileiro já nos anos 20 em relação à problemática trabalhista e social, podemos citar: RODRIGUES; J.As (op.cit.) e VIANNA, L.W. - Liberalismo e Sindicato no Brasil, Ed. Paz e Terra, Rio, 1976.

(4) Ver a respeito, por exemplo: RODRIGUES (op.cit.) e VIANNA (op.cit.).

(5) Para VIANNA (op.cit.), o curto período do Governo Provisório (1889-91) caracteriza-se por uma conduta radicalmente oposta a esta, isto é, não-liberal, intervencionista, o que resulta em medidas no âmbito da legislação trabalhista e no "curioso momento da primeira tentativa de criação de uma legislação social" entre nós (ver op. cit., capítulo 1, seção 3: "Leis trabalhistas entre 1889 e 1891").

RODRIGUES (op.cit. capítulo 1, seção 2) também se refere à legislação trabalhista e social razoavelmente intensa do período (inclusive, o que interessa mais diretamente ao nosso tema, à criação de montepios obrigatórios para certas categorias de servidores públicos, a que já nos referimos). No entanto, citando testemunhos da época, duvida da efetiva aplicação destas medidas. De qualquer forma, ambos estão de acordo quanto ao caráter "liberal ortodoxo" do Estado nos trinta anos seguintes.

(6) O liberalismo da nova carta (de 1891), que os ideólogos do Estado Novo procurarão ridicularizar como importado e distante da realidade nacional, consistirá, entretanto, num modelo legal finamente adequado à ordem oligárquica. Como se insinuou acima, a própria idéia da autonomia estadual dependia do êxito da sua imposição. Os estados onde se sediavam as atividades agrário-exportadores necessitavam de uma concepção estritamente mercantil da vida social, a fim de organizarem o aparato estatal na medida dos seus interesses. A gestão dos seus próprios negócios, pelos estados ligados às atividades dinâmicas do sistema, só podia conviver com o Estado arbitral do liberalismo.

A noção alternativa à de federação, com a primazia da União, inevitavelmente implicava numa certa solidariedade, cuja produção estaria situada em termos de uma certa generalização de interesses.

Essa generalização consistia exatamente naquilo que a situação particularista dos negócios da exportação procurava evitar (...).

A concentração dos recursos e a expansão da acumulação, para se efetivarem em benefício dos estados dinâmicos, demandavam a ordem federativa. Do contrário, forçosamente prevaleceria uma concepção distributivista, em que a renda do comércio exterior viria a servir de estímulo ao desenvolvimento dos grupos encerrados em economias de subsistência (...)".

(7) "a posição da burguesia industrial (...) diante da legislação do trabalho nos anos pré-30, se caracterizará por extremo liberalismo, de tipo fordista, hostilizando as tentativas de formulação e/ou aplicação de leis sociais (...).

O liberalismo 'à outrance' do empresário brasileiro se chocará fortemente contra qualquer intromissão estatal no âmbito das relações de trabalho. Diante da movimentação reivindicatória da classe operária, o patronato não vacilará em apelar para provocar a intervenção do aparato policial".

O autor cita, a seguir, no mesmo capítulo, posicionamento do empresariado industrial paulista da época contra a lei de férias, o Código do Trabalho do Menor, a legislação sobre acidentes de trabalho e as "caixas de seguro contra doenças".

(8) A nível dos estados, parece ser já desta época, ou mesmo anterior, o surgimento dos primeiros departamentos de saúde no interior de Secretarias de Estado. No entanto, isso foge ao âmbito de nossa investigação atual, restrita à assistência médica previdenciária, e não invalida a afirmação acima sobre a ausência de intervenção no campo assistencial por parte do governo central.

(9) ALVES, A - "A Função Social do Seguro de Acidentes do Trabalho", in. Rev. Industriários, nº 9, junho de 1949.

(10) Por exemplo, a respeito dos acidentes de trabalho: "considerando que o responsável dos acidentes no trabalho é sempre o patrão; e considerando que as leis decretadas em prol dos trabalhadores sobre esta matéria não tem nunca execução, são letras mortas; o primeiro Congresso Operário Brasileiro aconselha aos sindicatos que sempre que qualquer desastre se verifique, eles arbitrem a indenização que o patrão tem que pagar, forçando-o a isso pela ação direta".

(11) Uma das organizações de trabalhadores aí envolvida, explicita bem esta idéia:

> "Não se illude o Círculo dos Operários da União, sobre as difficuldades inherentes a esses assumptos, nem julga que para resolvelos bastem unicamente providências dos poderes públicos, mas reconhecendo a necessidade dellas, desejaria saber se V.Ex. tem como uteis ao bem publico as seguintes medidas:" (que passam a enumerar).

Ver: C.O.U. - Consulta Feita pelo Círculo dos Operários da União aos Homens Mais em Evidência no Seio da Collectividade Brasileira, Rio de Janeiro, Typ. e Pap. Haldebrandt, R. Rosário, 153, 1914.

(12) Essa perspectiva que estamos defendendo sobre o tema em que... tão, que vê a legislação trabalhista e social nascida na dé... da de 20 basicamente como o resultado das violentas pressões das classes trabalhadoras nos 20/30 anos anteriores, contra-põe-se a outras formulações sobre o problema, como por exem-plo, no que tange especificamente à Previdência Social, à ... MALLOY (op.cit.):

> "As primeiras leis foram claramente o resultado da pres... são operária sobre o 'status quo'. Entretanto, minha le... tura do material me induz a pensar que a pressão foi in... direta. Muitos analistas deste período concordam que a organização dos trabalhadores no Brasil, durante este pe... ríodo era bastante fragmentada do ponto de vista organi-zacional, e ideologicamente confusa; na realidade somen... te atingiu o apogeu em 1917-19, declinando na década de 20. Por esta razão parece-me que, embora as organizações operárias ajudassem a criar um clima de crise e chamas... sem a atenção para seus problemas gerais -- 'a questão so... cial' -- não lograram desenvolver a força definidora conteúdo da 'questão social' ou iniciar e formular pro... das específicas, vinculadas aos problemas da classe ope... rária".

Dizer, como defende este autor, que:

> "(...) a legislação previdenciária constituiu-se em ... política elitista, para mitigar o conflito de classe e, se possível, cooptar os trabalhadores e enfraquecer as... las organizações portadoras de mudanças radicais",

significa ocultar um dos lados da questão. Significa desco... siderar as evidências apontadas acima de que "todos os pon... fundamentais da moderna legislação do trabalho já haviam s... levantadas pelo movimento operário brasileiro em suas pri... vas fases", e que o mesmo regime que os recusará de início ... Estado oligárquico da República Velha) é levado finalmente ... ter que considerar a questão.

E, em última instância, significa aceitar acriticamente a ... tologia estadonovista da "doação" paternal, por parte do ... do, da legislação trabalhista e social.

Voltaremos a esta questão no capítulo seguinte.

2) 1923-1930: A CRISE DO ESTADO LIBERAL E O NASCIMENTO DE UM MODELO ABRANGENTE DE PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA.

Os últimos anos da década de 10 correspondem ao auge da movimentação política das classes trabalhadoras na Primeira República (v. RODRIGUES; VIANNA; e MALLOY, op.cit.), com grande número de greves, inclusive gerais em 1917 e 1919, tanto em São Paulo como no Rio de Janeiro. Isso representava, como já se viu, a coroação de um processo que vinha se desenvolvendo desde o final do século, crescendo na proporção da razoável expansão que as atividades urbanas e industriais sofreram neste período no país.

O final da década caracterizou-se pela exacerbação das motivações estruturais mais permanentes para esta movimentação, já apontadas acima. A esse respeito diz VIANNA (op.cit.):

> "Sem tentar uma linha interpretativa para a causalidade dos eventos de 17 em São Paulo (refere-se à greve geral), que escapa ao objetivo deste trabalho, vale observar que em 1916 o custo de vida subira de 48,3 por cento. Os alimentos componentes da dieta operária sofreram os seguintes aumentos percentuais: carne seca, 76%; feijão, 74%; farinha de milho, 63%; farinha de mandioca, 52%; batata, 47%; banha, 31%. ("Centro de Estudos" nº 3, UNICAMP, Campinas, 1975).
>
> Bóris Fausto chama a atenção para o fato da superexploração operária: "O crescimento da produção é obtido através do prolongamento da jornada de trabalho, utilizando-se a capacidade ociosa das empresas que haviam importado maquinaria nos anos prévios à guerra". A cessação das importações pela conflagração mundial tinha acrescido extraordinariamente as demandas dos mínimos nacionais".

A intensificação das pressões operárias neste período parece ter marcado o começo do fim do liberalismo no que tange à questão trabalhista e social nas áreas urbanas. Inicia-se, a partir daí, o processo de ruptura, por parte da oligarquia agrária detentora do poder do Estado, do pacto que até então mantivera com a burguesia industrial sobre esta questão.

Assim, em 1917 por exemplo, quando eclodiu em São Paulo uma violenta greve geral, como tentativa de solução para o impasse então criado em torno das reivindicações dos grevistas, foi convo-

cada uma reunião entre representantes destes, dos empresários e do Estado. A posição que os delegados governamentais assumiram nas conversações, e mesmo a sua própria presença, são indicativos desta mudança de postura. Podem, no entender de VIANNA (op.cit.), ser tomados como marcos da reviravolta que começava a se processar nesta questão. Assim, dispõe aqueles delegados em sua resolução:

> "redobrar de esforços para que sejam cumpridas em seu rigor as disposições de leis relativas ao trabalho de menores nas fábricas; se interessar, pelos meios ao seu alcance, para que sejam estudadas e votadas medidas que defendam os trabalhadores menores de 18 anos e as mulheres no trabalho noturno" (DIAS, E. - "Organização Trabalhista e Lutas Sindicais no Brasil", Revista Brasiliense, nº 24, São Paulo, 1959, citado por VIANNA, op.cit.) (1).

RODRIGUES (op.cit.), com base em depoimento de um participante destes entendimentos, afirma que "nenhuma das promessas se concretizou" de imediato. Isso não invalida, no entanto, o fato, demonstrado pela convocação da reunião, de que, mobilizado pelo crescendo da movimentação operária, o Estado começa, já a partir desta época, a adotar outras formas de intervenção que não as meramente repressivas face às questões sociais.

O fim do liberalismo, projeto de mudança nascido no movimento operário e defendido apenas por ele durante tantos anos, começa a se tornar quase consensual na sociedade brasileira:

> "Tirando os empresários, diferentes setores das elites e das classes dominantes evoluem consensualmente para a canalização institucional dos conflitos de trabalho. O mercado tornou-se incapaz de produzir e manter a paz, reclamando-se a intervenção legislativa do parlamento e a ação reguladora do Estado". (VIANNA, op.cit.).

> "A discussão em torno do problema do trabalho no parlamento, na imprensa, nas campanhas política e social do após-guerra, não podia deixar de questionar os princípios básicos contidos na carta magna do país". (RODRIGUES, op.cit.).

VIANNA cita ainda editorial de 20 de julho de 1917 (portanto imediatamente posterior à greve), publicado no jornal "O Estado de São Paulo" (tradicional representante no período dos pontos de vista da oligarquia agrária-exportadora daquele estado) onde se defende uma mudança de posição do governo face à questão (2).

Por sua vez, RODRIGUES cita a opinião de um deputado sobre o problema, já em 1920, que mostra bem quais eram os móveis que levavam as elites a se interessar por esta reivindicação:

> "Se a solução não vier dos dirigentes pelo poder, virá dos soffredores pela sublevação".

Embora sem superestimá-los, não se deve deixar de levar em consideração também os efeitos da conjuntura internacional no período em questão sobre estes problemas. RODRIGUES (op.cit.) chama a atenção para o fato de que:

> "Simultaneamente (à guerra) ocorreu a revolução russa e a implantação do primeiro regime socialista, com largas repercussões em todos os recantos do mundo e a que não ficamos isentos".

O Estado brasileiro via-se, desta forma, muito mais claramente ameaçado pela continuidade de sua omissão no que tange à "questão social". À manutenção do pacto liberal com os empresários urbanos contrapunha-se uma ameaça à própria dominação da oligarquia agrária sobre o Estado, que, se já existia antes em potencial, encontrava agora um exemplo material externo.

Ainda no âmbito internacional, tendo relações evidentes com estes fatos, deve-se considerar que, nesta época, todo o mundo capitalista – pela primeira vez em bloco – assumia o compromisso de abandonar a postura liberal quanto ao problema trabalhista e social.

> "Tão logo foi assinado o armistício, aproveitando a oportunidade da discussão e assinatura de um tratado de paz entre os principais países ocidentais, procedeu-se a uma ampla reformulação de problemas político-sociais, de que resultou a criação da Sociedade das Nações e a Organização Internacional do Trabalho. O Brasil, foi levado a assinar o Tratado de Versalhes, comprometendo-se pois a adotar também novos rumos no tratamento dos problemas do trabalho". (RODRIGUES, op. cit.).

Essa situação deve, no entanto, ser compreendida em seu duplo sentido. Por um lado a pressão ideológica do conjunto de países capitalistas centrais sobre os periféricos para que enfrentas-

sem ativamente, de maneira reformista, a problemática social e trabalhista, face à emergência do socialismo (aspecto realçado pelos autores a que nos referimos) (3); por outro lado, no caso do Brasil, como já vimos, as condições e pressões sociais internas, bastante intensas, que permitiam a assinatura do Tratado e a filiação à OIT, com os compromissos que daí resultavam. Estas medidas adotadas pelo governo brasileiro em 1919 devem ser vistas, portanto, não só como mais um fator de pressão (internacional) para o fim do liberalismo, mas também como um sinal de que este processo já estava em andamento internamente.

A partir dessa época, a tendência a romper com o liberalismo começa a se concretizar. A proposição de medidas legislativas relacionadas às questões trabalhistas e sociais já não provinha mais apenas de uma minoritária e reprimida bancada parlamentar liberal, como ocorrera nos últimos 10 ou 15 anos. O próprio Executivo passa agora a pedir leis sobre o tema:

> "julguei, contudo, de meu dever pedir-vos que por leis adequadas, sejam supridas as omissões de nossa legislação, de modo a torná-la harmônica com as conclusões da memorável Assembléia da Paz". (Delfim Moreira em "Mensagem ao Congresso" de 15 de maio de 1919, in RODRIGUES, op.cit.).

E mais, a assumir ele próprio medidas na área em questão:

> "O poder executivo, ainda que de forma tímida, [...] algumas iniciativas, como Arthur Bernardes, ao criar o Conselho Nacional do Trabalho, pelo Decreto nº 16.027, de 30.04.1923 que se instalou em agosto do mesmo ano (..). Tratava-se de um órgão consultivo dos poderes públicos em assuntos referentes à organização do trabalho e da previdência social (...) verdadeiro embrião de um Ministério do Trabalho" (RODRIGUES, op.cit.).

RODRIGUES fala "ainda aqui" da "total inocorrência do órgão", acrescentando, porém, a seguir que:

> "Pouco a pouco iam se criando condições legais e constitucionais para a vigência de uma política trabalhista".

A mudança de posição do Executivo e da maioria do Congressistas então defensora do liberalismo frente aos problemas trabalhistas e sociais permite, agora, que a legislação sobre o [...]

encontre passagem. Segundo RODRIGUES (op.cit.), em 1923, além da Lei Eloy Chaves e da criação do Conselho Nacional do Trabalho, foi aprovado, por exemplo, um projeto de lei anteriormente rejeitado, em 17, "instituindo a estabilidade no emprego (...) para os ferroviários de algumas empresas", transformando-se no Decreto Legislativo nº 4.682, de 24 de janeiro daquele ano. Em 1926 o Decreto Legislativo nº 5.109, de 20 de dezembro "estendeu o benefício a todos os empregados das empresas ferroviárias estatais e privadas", e o Decreto 20.465, já em 1930, a uma série de outras categorias.

Um pouco antes, em 1919, o Congresso havia finalmente aprovado uma lei (nº 3.734, de 15 de janeiro) sobre indenização por acidentes de trabalho. Já vimos como em quatro tentativas anteriores, projetos semelhantes foram rejeitados (1904, agosto e outubro de 1908 e 1915). Agora, a lei não só era aprovada, como também regulamentada, pelo Decreto nº 13.498, de 12 de março do mesmo ano. (ver ALVES, A., op.cit.).

O Decreto Legislativo nº 4.982, de 24 de dezembro de 1925 "estabeleceu o regime de férias (...) aos empregados e operários de estabelecimentos comerciais, industriais e bancários". (Foi também regulamentado, no ano seguinte, pelo Decreto nº 17.496, de ... 30.10.1926).

Essas medidas legislativas revelam outro dado importante para a distinção entre este período e o anterior, uma vez que, antes, quando o pequeno grupo antiliberal do Congresso conseguia, com esforço, fazer aprovar alguma legislação sobre trabalho e assistência social, essa era quase sempre uma vitória meramente formal, dado que a legislação nunca alcançava regulamentação.

VIANNA (op.cit.) também se refere a essas modificações no âmbito legislativo:

> "O parlamento passa a legislar aceleradamente em matéria trabalhista. O ano de 1926 termina com boa parte das condições de trabalho recoberta pela lei, como a dos acidentes de trabalho, a de férias, e a do código de menores. No ano seguinte cria-se a de seguros contra doenças, estabelecendo-se o primeiro perfil do Direito de Trabalho no Brasil".

O grande marco legal dessa mudança de orientação do Estado Brasileiro é dado pela reforma, em 1926, do artigo da Constituição vigente que até então servira de bastião jurídico-formal de defesa contra a legislação trabalhista e social. A "emenda constitucional de nº 22 ao artigo nº 34, inciso nº 29 da Carta de 91"(ibid) deu àquele artigo a seguinte redação: "Compete privativamente ao Congresso Nacional: legislar sobre o trabalho" (in RODRIGUES, op. cit.).

Como vimos anteriormente, o Executivo e a maioria liberal do Congresso tinham usado por muito tempo o conceito de "autonomia dos estados", expresso na Constituição, para rejeitar as tentativas dos parlamentares antiliberais de legislar sobre questões trabalhistas e sociais. Argumentavam que isto feria a referida autonomia. Já se discutiu no capítulo anterior a importância que tinha essa questão para a oligarquia agrária (4). O artigo 34 era, portanto, o ponto da Carta de 1891 em que se formalizava o pacto entre esta oligarquia e o empresariado urbano, vinculando o problema da autonomia dos estados com o do liberalismo frente ao mercado de trabalho.

Aceitar inverter o sentido deste artigo da Constituição significava, portanto, formalizar a ruptura do pacto. A oligarquia agrária era levada a ter que admitir uma brecha no seu sagrado princípio da autonomia, fato que jamais teria ocorrido espontaneamente, sem as pressões sociais que o provocaram. Vendo as coisas dessa maneira, fica novamente difícil aceitar as idéias de "doação" da legislação trabalhista e social desse período, como está implícito nas formulações já citadas de MALLOY (op.cit.) a respeito da Lei Eloy Chaves.

Essa última lei, por sinal, representou um outro marco do período que estamos discutindo. Vimos até aqui exemplos de transformação a nível legal em relação ao período anterior: a encampação pelo Executivo e a maioria do Congresso da disposição legislativa sobre temas trabalhistas e sociais; a aprovação e regulamentação de leis; reforma da Constituição de maneira a legitimar formalmente este movimento. Mas a criação das CAPs dá mais um passo à frente: o estabelecimento de instituições concretas, em condições de implementar e fazer cumprir efetivamente as determinações

legais. Nada de semelhante existia anteriormente: a precária legislação trabalhista e social anterior a 23 não passava de exercícios formais do minoritário grupo parlamentar reformista, uma vez que não se criavam as instituições capazes de pô-la em prática.

Com a Lei Eloy Chaves, ocorria algo muito distinto.

Prova disso é o fato de que, já no fim do ano em que foi promulgada (a lei é de janeiro), tinham sido criadas 24 caixas, reunindo 22.991 associados, com uma arrecadação de 13.600:000$000 (treze mil e seiscentos contos de réis) e despesas totais de mil e setecentos contos, dos quais 800 em assistência médica aos segurados (v. TABELA I). Esses dados mostram que, com menos de um ano de promulgação da lei, esta já tinha se concretizado em instituições capazes não só de arrecadar as contribuições determinadas pelo decreto (adiante o analisaremos em detalhe), como também de começar a executar os serviços especificados, inclusive (o que para nós é particularmente importante a assistência médica.

Os números apresentados acima cresceram progressivamente ao longo do período que estamos analisando, atingindo em 1930: 47 caixas; com 142.464 associados ativos; 8.009 aposentados e 7.013 pensionistas; 62.900 contos de receita; 40.700 de despesa, sendo 5.600 com assistência médica. E já contando as Caixas com reservas no valor de 171.200 contos de réis (v. TABELA I). (5)

Percebe-se, claramente, que houve uma mudança radical em relação ao período anterior. As disposições legais sobre trabalho e assistência começam a ser realmente efetivadas, com a criação de instituições concretas para tanto.

Obviamente essa mudança não decorre de uma modificação na forma dos projetos apresentados, como parecia supor ingenuamente o próprio Eloy Chaves, ao dizer:

> "A caixa de Aposentadoria e Pensões por ele (o projeto) criada terá vida segura, e não é uma criação abstrata, em vista dos recursos que o projeto lhe garante" (6).

É claro que a criação efetiva das CAPs propostas no projeto de lei, fazendo com que, pela primeira vez no Brasil, medidas no campo trabalhista e social saíssem "do papel" e se tornassem reg

lidade, decorre na verdade de mudanças mais gerais na conjuntura que o projeto foi apresentado e que são aquelas que procuramos discutir até aqui neste texto.

O que foi exposto até aqui neste capítulo e no anterior tem o propósito apenas de situar o clima em que se deu o nascimento da Previdência Social e da sua assistência médica no Brasil através da Lei Eloy Chaves, de modo que se possa compreender as características desse primeiro modelo de Previdência Social entre nós e seus reflexos sobre o futuro. Resumindo o que já foi dito com relação ao "clima" a que nos referimos, a Lei Eloy Chaves e as Caixas de Aposentadoria e Pensões que ela fez surgir apareceram no bojo de um processo de intensa atividade legislativa sobre temas sociais e trabalhistas, e de criação de instituições que concretizassem as medidas formuladas, rompendo o Estado brasileiro, no decênio final da República Velha, com sua postura anterior frente a estas questões. Ruptura esta, por sua vez, provocada pela grande movimentação operária, sobretudo nos anos imediatamente anteriores à promulgação da lei. (7)

Estas circunstâncias são importantes para que se compreenda o porquê do caráter "abrangente" que a Previdência Social iria assumir neste período (e que será discutido adiante), em comparação com o modelo mais restrito proposto nos anos posteriores a 1930. O Estado que cria as primeiras instituições de Previdência Social entre nós ainda é o Estado dominado pela oligarquia agrária-exportadora. Embora tenha modificado, nos anos 20, sua postura liberal com relação ao problema do mercado de força de trabalho urbano, esta era uma questão relativamente menor para os agrários. Haviam se apegado a ela, anteriormente, por uma preocupação muito mais indireta, por seus vínculos com o problema da autonomia dos estados, do que propriamente por considerá-la como questão central para seus interesses de classe.

Assim, quando as pressões sociais se intensificaram, o Estado pôde, sem grandes traumatismos romper com liberalismo. Por outro lado, pelos mesmos motivos, não se preocupou com formular originariamente um projeto global, orgânico, articulado e bem definido para o problema de suas relações com a força de trabalho urbana. Ao

nos do que apresentar um projeto político e ideológico próprio, o que o Estado parece fazer é simplesmente ceder às pressões neste campo e incorporar as propostas que um de seus interlocutores – o movimento operário – vinha formulando há anos. Ou melhor, somente aquelas propostas que não implicassem uma negação da própria dominação da oligarquia agrária sobre o Estado, como as reivindicações por intervenção no âmbito trabalhista e social.

É nesse sentido que acreditamos que se deva entender a afirmação de MALLOY (op.cit.), tratando mais especificamente do problema da Previdência Social:

> "Antes de 1930, a Previdência Social não passava de um conjunto de medidas isoladas e de respostas elitistas 'ad hoc' às pressões populares. Os primeiros programas não resultam de uma perspectiva global de como estruturar as relações entre o Estado e a classe trabalhadora".

Como se verá no próximo capítulo, esta situação é muito distinta da que iria marcar a conjuntura seguinte (1930-1945) (8). A Revolução que separou as duas fases procedeu a uma mudança profunda na natureza do Estado e nas relações internas ao bloco do poder na sociedade brasileira. Por ora, queremos assinalar, para a continuidade da discussão, esta característica importante da legislação trabalhista e social dos anos 20 e das instituições que gera: o fato de que nasceu sem que tivesse havido uma mudança na composição do Estado e do bloco no poder na sociedade brasileira. Nasceu, portanto, ainda sob a hegemonia da oligarquia agrária-exportadora, fração de classe que, por sua vez, não tinha por que se preocupar em formular um projeto próprio para as classes urbanas, limitando-se a ceder às suas, abrindo-lhes um espaço para a concretização do seu próprio projeto no âmbito trabalhista e social. É estas circunstâncias é que, a nosso ver, geraram o modelo de Previdência e Assistência Social que estamos chamando de "abrangente" e que discutiremos mais adiante neste capítulo.

Ao tentar compreender as características do primeiro modelo de Previdência Social implantado entre nós (isto é: o que vigora no período 1923-1930), em função do que foi discutido e da abordagem assumida, fomos levados a crer, então, que estas características foram dadas pela configuração do jogo de forças políticas que, a nosso ver, está na base do surgimento da Previdência em 23 e que permanece mais ou menos inalterado no restante do período. Em síntese, estamos nos referindo ao fato de que este modelo nasce de pressões das classes trabalhadoras sobre um Estado que se tornou sensível a estas pressões, sem no entanto formular um projeto alternativo.

Considerando esta hipótese como básica para a compreensão deste primeiro momento da Previdência brasileira e também, como se verá, dos momentos seguintes, achamos necessário, portanto, antes ainda de entrar propriamente na análise da legislação previdenciária dos anos 20 e seus efeitos concretos, compará-la com uma outra formulação do problema, algo distinta, a que já fizemos rápida referência mais acima: a formulação presente nos trabalhos citados de MALLOY. (9)

Este autor não desconsidera, propriamente, a ação do movimento operário na Primeira República como elemento presente na determinação das origens e características dos primórdios de nossa Previdência Social. Constatamos isso em citação anteriormente reproduzida ("As primeiras leis foram claramente o resultado da pressão operária sobre o 'status quo' ..."), ou ainda na seguinte citação:

> "Ainda que estes fatores externos ao Brasil (referindo-se ao problema já discutido da assinatura do Tratado de Versailles e do ingresso na OIT) tenham desempenhado um papel, obviamente não podem ser considerados como mais importantes do que os fatores internos. As três primeiras décadas deste século foram pontilhadas pela tensão e pelo conflito político no Brasil. De particular importância foi o interesse público crescente para com a 'questão social', movido principalmente por uma fluorescente agressiva e cada vez mais organizada classe operária".

No entanto, vimos também em outra citação (1º capítulo) que MALLOY relativiza tanto este fator que, na prática chega quase a desconsiderá-lo:

> "(...) parece-me que, embora as organizações operárias ajudassem a criar um clima de crise e chamassem a atenção para seus problemas gerais (...), não lograram desenvolver a força definidora do conteúdo da 'questão social' ou iniciar e formular medidas específicas vinculadas aos problemas de classe operária".

Dessa maneira, para o autor não são as classes populares que (conforme o nosso ponto de vista) geram nesse momento um projeto de política social que é simplesmente encampado pelo Estado. Ao contrário:

> "(...) a legislação previdenciária constituiu-se em em uma definição política elitista (...) De fato, se se analisa o discurso que Eloy Chaves pronunciou por ocasião da apresentação de sua lei no legislativo, nota-se claramente que reflete uma atitude elitista, reformista, paternalista (...)".

Ora, se estas citações expressam fielmente o ponto de vista do autor (10), ele conflita frontalmente com a hipótese que defendermos até aqui, o que nos obriga a tentar explicitar esta possível oposição. Nossos argumentos já foram apresentados. Em síntese: a presença dos pontos que viriam a constituir a legislação trabalhista e social nas reivindicações do movimento operário 20 a 30 anos antes de sua adoção pelo Estado; a tomada do Estado como interlocutor por parte do movimento; e a progressiva radicalização deste último, a ponto de chegar a constituir uma ameaça, pelo menos potencial, à própria dominação dos agrários, forçando-os a modificar sua orientação e a incorpor as reivindicações que não implicassem uma mudança básica das relações de poder.

Obviamente esta questão exigiria uma análise muito mais aprofundada do que a que nos é possível desenvolver no âmbito deste trabalho. Acrescentaremos apenas, para reforçar nosso ponto de vista, algumas observações sobre o discurso de Eloy Chaves a que MALLOY se refere, e sobre a figura deste deputado. A respeito do

discurso, em primeiro lugar é quase desnecessário dizer que não se deve tomar acriticamente a opinião subjetiva de um ator social sobre o que faz (não importa se a opinião é sincera ou não), como se ela fosse um retrato fiel dos móveis sociais reais e mais profundos de suas ações. Assim, é verdade que o discurso mencionado tem um tom claramente "elitista, reformista, paternalista", como diz MALLOY (11). Mas não se pode inferir daí que, realmente, as instituições que o Decreto fez nascer e a mudança correspondente de orientação do Estado tenham tido origem num repentino "paternalismo" deste mesmo Estado e de seus componentes, como o deputado em questão. Parece-nos, ao contrário, que o tom paternalista dos discursos "justificadores" desta legislação social que começa a nascer procura cumprir o papel ideológico de ocultar às classes trabalhadoras o fato de que foi a sua própria ação que forçou o Estado a assumir estas atitudes. O que não quer dizer, é claro, que os formuladores dos discursos tivessem esse propósito consciente.

Em segundo lugar, uma leitura mais atenta e/ou menos preconcebida do discurso de CHAVES é capaz de nos mostrar que no próprio discurso, transparecem, por vezes, as questões que levantamos nesse trabalho a respeito da presença do movimento operário como base determinante da origem e das características do primeiro modelo de Previdência Social no Brasil. Veja-se, por exemplo, os seguintes trechos:

> "Sr. Presidente. O projeto que tenho a honra de apresentar à Câmara dos Srs. Deputados representa aspirações de uma grande classe de servidores do País - os empregados de estrada de ferro (...).
>
> A esperada luta de classes figurada e aconselhada pelos espíritos extremados ou desvairados, por estranha e complicadas paixões, eu anteponho, confiando no êxito final, a colaboração íntima e pacífica de todos, em benefício da pátria comum e dentro da ordem. (...) Estamos em novos tempos: as classes menos favorecidas aspiram muito justamente um maior quinhão de vida e de conforto.
>
> Cumpre atendê-las com espírito liberal e amigo (...)" (v. CHAVES, op.cit.).

Para concluir, é bom lembrar um fato interessante, percebido pelo próprio MALLOY (op.cit.) e mencionado na curta biografia de Eloy Chaves que acompanha a edição feita em 1965 pelo MTPS do

seu discurso e da Lei que levou seu nome: Chaves fora "Secretário de Estado dos Negócios da Justiça e Segurança Pública" em São Paulo, entre 1913 e 1918, período crítico da movimentação operária durante o qual ocorreu, por exemplo, a grande greve geral de 1917 na capital do Estado. Ocupando esse cargo, Chaves era o responsável em São Paulo pela única via de comunicação do Estado com o movimento operário na República Velha até os anos 20: a polícia (12). Ocupava, portanto, uma posição privilegiada para que viesse a conhecer e a se tornar "sensível" às pressões do movimento operário cinco anos depois. Além disso, conforme a citada biografia, Eloy Chaves era também empresário industrial (nos setores de energia elétrica e cerâmica, além de proprietário rural: agricultor e pecuarista) (v. MRPS, 1965, op.cit.). Na redação do seu projeto de lei contou com a colaboração de dois diretores de uma empresa de estradas de ferro, fato que mencionava no discurso a que estamos nos referindo (ibid.) (13).

Outro aspecto que merece referência, também percebida por MALLOY, é o fato de que a primeira categoria a ser beneficiada pelas Caixas de Aposentadoria e Pensões foi a dos ferroviários, seguindo-se, em 1926, os marítimos e portuários (v. BRASIL - Decreto nº 5.109, de 20.12.1926, art. 1º, § 1º). Isso não parece casual se atentarmos para o fato de que:

> "Os marítimos, os ferroviários e os trabalhadores das empresas de transporte urbanos sempre foram ativos na arregimentação sindical e batalhadores pelos seus direitos e reivindicações. Frequentes vezes foram à greve e algumas paradas que realizaram marcaram época". (RODRIGUES, op. cit.).

Mais abaixo este mesmo autor se refere também aos estivadores que:

> "marcavam profundamente a vida sindical do Rio de Janeiro, Santos, Porto Alegre, Recife (...) e Belém do Pará".

Além do mais, a ação política dessas categorias tinha efeitos de maior importância e repercussão, pois se localizavam em pontos estratégicos para os interesses da oligarquia agrária-exportadora e para a economia nacional como um todo à época, potencialmente con-

trolando os canais de exportação de produtos primários. Eram, na verdade, as categorias profissionais que mais diretamente interessavam aos agrários (salvo, é claro, os trabalhadores rurais propriamente ditos). Mas, por outro lado, não eram empregados diretos da oligarquia rural enquanto tal.

Logo, pela conjunção destes vários fatores, eram as categorias que reuniam realmente as melhores condições para o surgimento da legislação e de instituições trabalhistas e sociais: localização estratégica para os interesses do grupo social hegemônico na sociedade; atividade política intensa; mas com os ônus financeiros naturalmente decorrentes das disposições da legislação recaindo sobre outros setores empresariais.

DONNÂNGELO (op.cit.) também chama a atenção para o fato de que as características particulares que a estruturação da formação social brasileira de então dava às diferentes categorias de trabalhadores.

> "refletem-se na sequência com que foram estabelecidas as instituições de seguro social destinadas às diferentes categorias ocupacionais".

Esta possível polêmica com MALLOY, em razão de algumas colocações do seu trabalho, teve o propósito de defender, acrescentando mais alguns argumentos, nossa hipótese de que as origens e características "abrangentes" de nosso primeiro modelo de Previdência Social se devem basicamente (ao operário do que ocorrerá no período posterior a 30) ao fato de que este modelo é formulado implicitamente no bojo das reivindicações do movimento operário e apenas incorporado pelo Estado. Ao contrário do que viria a ocorrer após 1930, não partia dos interesses de classe e necessidades centrais para a sua sobrevivência das frações hegemônicas que orientavam <u>de fato</u> os rumos da ação do Estado em cada um dos dois períodos: respectivamente a oligarquia agrária-exportadora e o empresariado urbano-industrial (14). Passaremos, agora, à análise do modelo previdenciário do período 1923-1930, tentando explicitar o que estamos denominando de seu "carater abrangente".

Dois decretos estabelecem as bases de funcionamento e características da Previdência Social neste período: o primeiro, em 1923 (v. BRASIL - Decreto nº 4.682, de 24 de janeiro); e o segundo (v. BRASIL - Decreto nº 5.109, de 20 de dezembro) que "estende o regime" do anterior "a outras empresas", em 1926. Este último introduz algumas especificações e ampliações, como veremos, mas sem romper com o modelo geral definido em 23, o que permite, levando-se em conta além disso a conjuntura mais geral destes sete anos, pensar o período 23-30 como um período razoavelmente homogêneo da história de nossa previdência e sua assistência médica.

O primeiro decreto criou as "Caixas de Aposentadoria e Pensões". Embora o nome refira-se apenas a dois benefícios pecuniários, elas tinham desde o princípio atribuições mais amplas, como já foi adiantado, anteriormente, constituindo instituições de Previdência e Assistência Social (para usar uma terminologia cunhada anos depois, por ocasião do debate em torno da questão, para distinguir as duas coisas). Assim, o artigo 9º deste Decreto, já reproduzido no 1º capítulo deste trabalho, definia, nessa ordem, as atribuições das Caixas:

1º) "socorros médicos em caso de doença", tanto aos segurados propriamente ditos quanto a seus familiares, definidos como "pessoa de sua família que habite sob o mesmo teto e sob a mesma economia;"

2º) a venda aos beneficiários de medicamentos "por preço especial determinado pelo Conselho de Administração" das Caixas;

3º) aposentadoria; e

4º) pensão para os herdeiros dos segurados em caso de morte deste, definidos os herdeiros como "a viúva ou viúvo inválido, os filhos e os pais e irmãs enquanto solteiras na ordem da sucessão legal" (artigo 26).

Além disso, o artigo 45 determinava o pagamento aos segurados de um terceiro benefício pecuniário: "50% do respectivo vencimento, pelo período em que durar aquele serviço", quando "chamados ao serviço militar".

O artigo 12 definia os critérios para a concessão da aposentadoria: 30 anos de serviço e 50 anos de idade simultaneamente. Além disso, estava prevista a aposentadoria por invalidez, com os

mesmos valores financeiros da ordinária, aos empregados que, quando da constatação médica da incapacidade, contassem com pelo menos 10 anos de serviço (artigo 13), exceto em casos de acidentes de trabalho, no qual a aposentadoria por invalidez seria concedida "qualquer que seja o seu tempo de serviço" (artigo 15), mantendo-se ainda a indenização já determinada por lei de 1919, conforme disposição do artigo 16.

Com o exposto até aqui, já se pode notar algumas das características a que estamos chamando "abrangentes" do modelo de Previdência Social estabelecido pelo Decreto de 1923, e que viriam a ser questionadas em períodos posteriores. São elas:

1º) O fato de aliar à concessão de benefícios pecuniários a prestação de serviços assistenciais, no caso, assistência médica e venda de medicamentos a preços baixos.

2º) O fato de estender estes serviços não apenas aos contribuintes, mas também a seus familiares.

3º) O fato de, dentre os benefícios pecuniários, não se restringir à concessão daqueles que serão denominados mais tarde "tradicionais" ou "originários" (isto é: aposentadorias a pensões) (15). Desde 1923, a Previdência Social no Brasil estabelecia benefícios "heterodoxos", como o referente ao serviço militar.

4º) O fato de diminuir para 10 anos, nos casos de invalidez por qualquer causa, o tempo de serviço para a concessão de aposentadoria, e mesmo abolir este critério nos casos de acidentes de trabalho.

A 5ª característica era dada pela forma de cálculo do valor das aposentadorias e pensões, definida pelo artigo 11 (que dispunha sobre o cálculo do valor das aposentadorias e, indiretamente, também, das pensões, já que o artigo 28 mandava calcular estas últimas a partir daquelas). O cálculo dos dois benefícios baseava-se no valor do salário (média dos últimos 5 anos) e, portanto, ao entender de MALLOY (op.cit.), não teria criado um sistema redistributivo de renda, aferrando-se, ao contrário, a um sistema semelhante, nesse particular, ao do seguro privado, com os benefícios proporcionais às contribuições. Diz então o autor:

> "(...) o conjunto de benefícios achava-se diretamente relacionado ao total da contribuição de cada um, o qual, por sua vez, estava diretamente relacionado com o montante do salário per capita — cada um contribuía com uma percentagem do seu salário e recebia os serviços sociais correspondentes. Por conseguinte, embora realizasse uma distribuição horizontal (no interior de uma mesma classe de renda), do jovem ao velho, do são ao doente, a legislação não visava a nenhuma redistribuição vertical da renda, dos grupos de elevada aos grupos de baixa renda".

Isso não é totalmente verdadeiro. Em primeiro lugar, os serviços propriamente ditos, "in natura" (assistência médica, medicamentos), jamais foram proporcionais aos benefícios ou aos salários (e dificilmente poderiam sê-lo). Porém o mais importante para nossa discussão posterior é que MALLOY, ao preocupar-se mais em traçar as linhas de continuidade entre este período e os que lhe seguem do que em perceber suas diferenças, (16) deixa de notar que o sistema de cálculo previsto na legislação de 23-30 era distinto do que veio a ser estabelecido posteriormente. Embora também fosse proporcional aos salários (isso é correto), o primeiro sistema determinava uma proporcionalidade que não era aritmética, isto é: a maiores salários correspondiam maiores benefícios, porém não na mesma proporção. As faixas de mais alta renda entre os segurados recebiam benefícios que, apesar de maiores em valores absolutos, eram proporcionalmente menores em relação aos salários anteriores do segurado.

Assim, o artigo 11 do Decreto de 1923, dispunha:

> "A importância da aposentadoria ordinária se calculará pela média dos salários percebidos durante os últimos cinco anos de serviço, e será regulada do seguinte modo:
>
> 1º até 100$000 de salário, 90/100;
>
> 2º salário entre 100$000 e 300$000, 90$000 mais 75/100 da diferença entre 101 e 300$000;
>
> 3º salário de mais de 300$000 até 1:000$000, .... 230$000 e mais 30/100 da diferença entre ..... 301$000 e a importância de 1:000$000;
>
> 4º salário de mais de 1:000$000 até 2:000$000, .. 250$000 e mais 65/100 da diferença entre ..... 301$000 e a importância de 2:000$000;

> 5º salário de mais de 2:000$000, 250$000 e mais .. 60/100 da diferença entre 301$000 e a importância do salário".

O que resultava, se fizermos os cálculos, nos valores da aposentadoria para as diferentes faixas de renda apresentados na Tabela III (em termos absolutos e como percentagem do salário anterior; é importante lembrar que as pensões eram calculadas a partir das aposentadorias, logo seguiam a mesma proporção). Nesta tabela, se poderá notar que às faixas progressivamente maiores de salário correspondiam aposentadorias proporcionalmente menores, o que permitia a Eloy Chaves dizer no seu discurso:

> "O projeto está moldado com um largo espírito liberal (...) Procura, quanto possível amparar de preferência os mais fracos".

Assim, não é verdadeiro que o sistema de cálculo dos benefícios da Previdência neste período fosse idêntico aos dos períodos posteriores. Ao contrário, ele tinha um caráter redistributivo, embora apenas entre os segurados (isto é, à época, entre os funcionários de uma mesma empresa).

E esta não é uma questão menor. A maneira como são calculados os benefícios pecuniários é um aspecto importante dos "princípios de organização" de um modelo de Previdência Social, a que se refere MALLOY na citação reproduzida na nota anterior. Revela bem o espírito (as "atitudes básicas, concepções", para usar novamente os termos do autor) que informa a construção de um dado modelo.

Na seqüência deste nosso trabalho, veremos como esse problema foi colocado em momentos posteriores da história da Previdência Social brasileira. Como essa questão é importante para compreender e situar as características do período e do modelo que estamos discutindo, julgamos conveniente adiantar que nas décadas seguintes a 30 surgiria uma grande polêmica em torno desse problema, opondo dois modelos alternativos: o de "seguro social" e o de "seguridade social". Em poucas palavras, o primeiro previa a concessão de benefícios restritos a poucos eventos bem definidos (por exemplo: morte, idade, invalidez) e diretamente proporcionais às

contribuições (como na lógica do seguro privado). O segundo propunha um plano amplo de benefícios e serviços, com um valor único para benefício pecuniário, sendo definido não pelo valor das contribuições pagas ou dos salários, e sim a partir de "necessidades vitais mínimas" dos cidadãos (independentemente das causas que os levaram a estar em situação de "necessidade" e mesmo de terem ou não contribuído previamente para a Previdência).

Ora, o que nos chama a atenção na forma de cálculo dos benefícios pecuniários adotada neste primeiro período é o fato de que ela está situada numa interessante posição intermediária entre as duas propostas extremas que seriam formuladas posteriormente. Não era regida por uma radical adesão aos princípios do seguro privado – a cada um segundo suas contribuições –, embora também não o fosse aos propósitos igualitaristas (pós-45), das idéias de "seguridade" – a todos, indiscriminadamente, o mesmo benefício. Tratava-se de uma fórmula de cálculo que, embora crescendo em termos absolutos segundo a contribuição, corrigia esse crescimento, tendendo a restringi-lo progressivamente.

Ficam, assim, apresentadas as cinco principais características do modelo de Previdência Social implantado pela Lei Eloy Chaves, que nos levam a vê-lo como um modelo "abrangente" e "pródigo" na concessão de benefícios e serviços (17).

Outro aspecto interessante a considerar no modelo de Previdência Social estabelecido pela "Lei Eloy Chaves", por comparação ao período posterior (e que tem importância para a nossa hipótese anteriormente apresentada de que o Estado dominado pelos agrários não tinha, propriamente, um projeto "ativo" para as classes trabalhadoras urbanas, incluída aí a questão da Previdência) é a maneira como foram pensadas as formas de administração e financiamento das Caixas no Decreto de 1923.

Quanto à administração, o artigo 41 determinava que cada Caixa seria dirigida por um "Conselho de Administração" composto por:

> "O superintendente ou inspetor da respectiva empresa, dois empregados do quadro — o caixa e o pagador da mesma empresa — e mais dois empregados eleitos pelo pessoal ferroviário, de três em três anos (...).
>
> Será presidente do Conselho o superintendente ou inspetor geral da empresa ferroviária".

Ou seja: representantes da empresa (três) e dos empregados (dois).

Se comparada com as instituições previdenciárias do período seguinte, chama a atenção a falta de participação direta do Estado no interior dos Conselhos. A esse respeito, previa o artigo 32 apenas que:

> "Logo que seja criado o Departamento Nacional do Trabalho, competirá ao respectivo diretor o julgamento de quaisquer recursos das decisões do Conselho de Administração das Caixas de Pensões e Aposentadorias".

Isto é, um controle vago, à distância, exercido somente através de recursos por parte dos interessados, por intermédio de uma instituição ainda antevista (e que, conforme já foi discutido, nem chegou a ser criada efetivamente no período em questão). Trata-se de uma situação radicalmente distinta da rígida estrutura interna ao aparelho de Estado que viria a caracterizar posteriormente, a Previdência, como veremos adiante.

O mesmo ocorria com relação às fontes de financiamento. O Estado não participava propriamente do custeio das Caixas que, de acordo com o determinado pelo artigo 3º do Decreto em questão, eram sustentadas por: empregados das empresas (com "3% dos respectivos vencimentos"); empresas (com "1% de sua renda bruta"); e consumidores dos serviços das mesmas ("a soma que produzir um aumento de 1,5% sobre as tarifas da estrada de ferro"). Além de outras sete fontes menores e eventuais de recursos: "jóias" pagas pelos empregados por ocasião da admissão nas Caixas; uma importância correspondente aos eventuais aumento de salários, "somas pagas a maior e não reclamadas pelo público dentro do prazo de um ano"; multas; "as verbas sob a rubrica de venda de papel velho e varreduras"; "donativos e legados feitos à Caixa"; e "juros de fundos acumulados".

Como veremos ao tratar dos períodos subseqüentes, este sistema não incluia o quesito "contribuição da União" que figuraria posteriormente no financiamento da Previdência. (18)

Estes dados (ausência do Estado, tanto na administração quanto no sistema de financiamento), que permaneceram em vigor até 1930, parecem reforçar nossa tese, apresentada anteriormente, de que o Estado, ainda sob hegemonia da oligarquia agrária-exportadora na década de 20, apesar de ter assumido outra atitude (não mais "ortodoxamente liberal") frente às questões trabalhistas e sociais, em função das pressões operárias; não tem ainda, por um lado, um projeto orgânico e ativo com relação a estas questões, incluindo a Previdência Social.

O que o Estado fez entre 23 e 30 em relação à Previdência e Assistência Social (respondendo às pressões populares anteriores) foi pouco mais do que tornar obrigatória a constituição de Caixas para algumas categorias (já vimos quais categorias e porque estas e não outras), Além de definir o seu modelo de atuação, pautando este pelos seguintes critérios gerais:

1º a incorporação das reivindicações cooptáveis do movimento operário anterior; e

2º a preservação de uma distância administrativa e financeira com relação ao sistema.

Com isso, na prática, o Estado atendia a incômodas pressões que vinham se tornando ameaçadoras, mas sem arcar com os ônus da Previdência e Assistência, transferindo-os para os próprios segurados e as empresas, além dos consumidores diretos dos serviços destas, mas sem intermediação do Estado. A falta de um controle direto sobre as Caixas, consequência deste distanciamento, não parece ter preocupado muito o Estado (e sua fração de classe hegemônica) que, como vimos, tinha como principal objetivo muito mais livrar-se de um problema incômodo do que agir ativamente sobre as classes trabalhadoras urbanas (ao contrário do que viria a ocorrer após 1930).

Na verdade, portanto, não se pode dizer que tenha havido a passagem de uma postura "liberal ortodoxa" para o seu oposto: uma atitude ativamente intervencionista, como a que o Estado assumiria

no período seguinte. Houve, sim, a passagem para uma atitude, diríamos, neo-liberal: o Estado não intervinha diretamente na questão, limitando-se a impor, legislativamente, à distância, uma determinada forma de organização para a sociedade civil, de maneira a abordar com isso o problema e responder às pressões a que estava sendo submetido.

O Decreto nº 5.109, de 20 de dezembro de 1926, foi outro instrumento legislativo relevante do período. No essencial, mantinha o modelo de Previdência estabelecido pela Lei Eloy Chaves, detalhando alguns aspectos operacionais e esclarecendo pontos passíveis de suscitar dúvida, além de estender o regime das Caixas a duas outras importantes categorias. Rezava o artigo 1º, § 1º:

> "Os dispositivos da presente lei são extensivos a todas as empresas de navegação marítima ou fluvial e às de exploração de portos pertencentes à União, aos Estados, aos Municípios e a particulares, em tudo quanto lhes possa ser aplicável".

De acordo com o artigo 2º e seus parágrafos, o pessoal administrativo das empresas e das próprias Caixas, assim como médicos, farmacêuticos e professores a serviço das empresas ou Caixas, e ainda o pessoal encarregado de serviços auxiliares seriam todos "considerados ferroviários e associados das Caixas de Aposentadorias e Pensões, para os fins da presente lei".

Na verdade, este decreto não apenas mantinha, no essencial, as características já apontadas no modelo criado pelo decreto anterior, como as ampliava, aumentando a "abrangência" e relativa "prodigalidade" na concessão de serviços e benefícios, a que já nos referimos como sendo a marca deste período, por comparação ao que lhe segue.

A seção II, intitulada "Obrigações das Caixas de aposentadoria e Pensões dos Ferroviários" (extensivas a marítimos e portuários), no seu artigo 14º, não só mantinha as atribuições definidas pelo artigo 9º do decreto anterior (socorros médicos, medicamentos, aposentadorias e pensões) como as ampliava, acrescentando à assistência médica a "internação hospitalar, em casos de intervenção cirúrgica" e além disso, um quinto item: o "pecúlio".

O artigo 29 ampliava a clientela da assistência médica das Caixas: agora também os herdeiros ("de acordo com a ordem de sucessão") de segurados falecidos continuariam tendo direito a estes serviços.

O artigo 27 obrigava as CAPs a arcar com a assistência aos acidentados em trabalho, ampliando a legislação a respeito:

> "Nos casos de acidente de trabalho, terminada a responsabilidade do patrão, de acordo com as disposições da lei respectiva, a assistência, qualquer que ela seja, passará às Caixas de Aposentadoria e Pensões".

Com relação ao estabelecimento de um plano de benefícios pecuniários que fosse além da concessão de aposentadoria e pensões, (aspecto já ressaltado do Decreto de 1923) mais um benefício foi acrescentado: o auxílio para funeral ("por falecimento de qualquer empregado ativo ou aposentado que não deixar herdeiros").

O artigo 17, por sua vez eliminava formalmente o critério de idade para a concessão de aposentadoria ordinária (anteriormente fixado em 50 anos), ao falar apenas em "30 anos de serviço". Já discutimos em nota anterior o caráter restritivo que a utilização simultânea dos dois critérios impunha. No entanto, a eliminação do critério de idade era apenas formal, na medida que este mesmo artigo dispunha, mais adiante, que o tempo de serviço só seria contado "a partir do dia em que o ferroviário completar 18 anos, se tiver sido admitido ao serviço antes dessa data". Resultava daí que, na prática, continuava existindo uma idade-limite mínima para a aposentadoria, que passava a ser no entanto de 48 anos (18+30) e não mais de 50, o que, por outro lado, não deixava de ter um significado prático razoavelmente importante.

O artigo 22 reduzia para 5 anos o tempo de serviço necessário para a concessão de aposentadoria por invalidez (anteriormente fixado em 10 anos), embora modificasse os critérios de cálculo para o seu valor (ver nota adiante).

O artigo 13 estabelecia um direito trabalhista importante para as categorias abarcadas pelo decreto: a estabilidade no serviço aos 10 anos, após os quais o empregado" a que se refere o

presente lei, só poderá ser demitido no caso de falta grave apurada em inquérito feito pela administração da respectiva estrada, sendo ouvido o acusado, com recurso para o Conselho Nacional do Trabalho, respeitados os direitos adquiridos".

O processo de cálculo das aposentadorias ordinárias e pensões (artigo 16) seguia a mesma lógica adotada no decreto anterior. No entanto, o salário médio para o cálculo era agora, o dos 3 anos anteriores e não mais 5, o que acarretava seguramente a sua elevação. Além disso, os percentuais em relação aos salários passavam a ser reajustados de tal forma que cresciam para todas as faixas, sobretudo para as faixas salariais menores (proporcionalmente). Ou seja, aumentavam os valores absolutos dos benefícios, intensificando-se o seu caráter redistributivo, por oposição (neste aspecto) à lógica do seguro social a que fizemos referência anteriormente. Veja-se a esse respeito as tabelas IV e V, que comparam o disposto nos dois decretos (Tabela IV) e seus resultados (Tabela V).

Dessa maneira, o Decreto 5.109 (de 1926) veio intensificar o caráter de "abrangência" e "prodigalidade" (19) do modelo de Previdência Social instituído pela Lei Eloy Chaves, ampliando o seu alcance nos seguintes aspectos, já ressaltados anteriormente em relação àquela Lei:

1º. na união dos serviços com os benefícios;

2º. na extensão da definição de beneficiários da Previdência;

3º. na amplitude do plano de benefícios pecuniários;

4º. na liberalidade da definição de "aposentados" aumentando o número destes; e

5º. na forma de cálculo do valor dos benefícios pecuniários (20).

Tal ampliação não poderia deixar de resultar em maiores despesas para as Caixas como veremos mais adiante. Este fato, aliado à experiência acumulada em 4 anos, explica provavelmente outra alteração introduzida pelo decreto 5.109: o aumento das fontes de arrecadação. Tratava disso o artigo 3º, que ordenava, em primeiro lugar, um aumento na contribuição das empresas, que passava de 1% para 1,5% sobre sua renda bruta anual.

Também com relação à parcela correspondente aos usuários das empresas, impunha um novo aumento (de 1,5 para 2%) nas "Quotas de Previdência" sobre as tarifas destas. Por outro lado, é significativo notar que a contribuição dos empregados ativos permanecia nos mesmos níveis anteriores (de 3% dos vencimentos). Embora o artigo 37 abrisse uma nova fonte de receita ao determinar que também os aposentados e pensionistas continuassem contribuindo para a sua Caixa (21).

Outro aspecto significativo do Decreto 5.109 são os artigos referentes ao problema do âmbito de intervenção do Conselho Nacional do Trabalho (CNT) sobre as Caixas. Há 3 artigos a esse respeito, o que, em comparação com o único artigo dedicado à questão no decreto anterior, poderia sugerir uma maior preocupação com o tema. Na verdade, estes artigos apenas especificam a disposição geral já definida em 23 sobre a capacidade de intervenção daquela agência estatal sobre as instituições de Previdência Social.

Assim, o artigo 40 dispunha sobre a capacidade do CNT de destituir "de seus cargos os membros (do Conselho de Administração das Caixas) que julgar conveniente, promovendo a substituição, observadas as disposições do art. 45 desta lei" (isto é, respeitando a composição prevista para o Conselho em termos de proporção de representantes dos empregados e empregadores). Esta intervenção seria adotada "no caso de desarmonia ou desídia de qualquer dos membros do Conselho (...), que possa prejudicar o bom andamento de seus serviços", sempre que o CNT tomasse conhecimento do fato através de "representação de interessados, ou 'ex-officio'", e após inquérito.

O artigo 51 ordenava que o Conselho de Administração das Caixas publicasse anualmente, até 31 de maio, "o relatório e balanço do movimento da Caixa correspondente ao ano anterior", remetendo ao CNT cópia dos jornais em que isso fosse feito, "sob pena de destituição de seus membros culpados por essa falta". Por sua vez, o artigo 55 enfatizava e resumia o conjunto das atribuições do CNT: decidir, em última e única instância sobre quaisquer questões das várias, de que trata a presente lei, impor multas, cassar mandatos dos membros do Conselho de Administração, promover pelos meios legais o cumprimento de suas decisões, e praticar todos os atos que

se tornarem necessários ao regular andamento dos negócios das referidas Caixas".

Embora especificasse melhor o alcance da intervenção do Estado nas Caixas, definindo punições, vê-se que o decreto de 1926 não rompia com a forma de organização político-administrativa da Previdência definida pela legislação anterior. O Estado podia interferir (coisa que já ocorria antes), mas apenas como agência externa ao sistema, que desenvolvia uma ação meramente corretiva e temporária, mantendo-se sempre à distância. Persistia, portanto, o caráter neo-liberal da relação do Estado com a Previdência, já apontado como característica deste período, quando da análise da Lei Eloy Chaves, e que só após 30 se modificaria.

O mesmo ocorre em relação ao financiamento.

Procuramos desenvolver, nas últimas páginas, uma análise do modelo de Previdência Social existente no país no período 1923-1930, com base nos dois documentos legais que o estabeleceram. Essa análise, aliada à discussão anterior sobre as condições políticas e sociais que cercaram a emergência deste modelo, nos leva a definí-lo como tendo um sentido geral "abrangente" e "pródigo", por comparação às formulações e propostas sobre Previdência que iriam se tornar hegemônicas no interior do Estado no período subseqüente. Obviamente, se definimos as características deste primeiro modelo por comparação ao do período seguinte, tais características se tornarão mais claras no próximo capítulo, quando apresentarmos as críticas a ele formuladas por alguns setores importantes na conjuntura 30-45, assim como o modelo alternativo que estes mesmos setores tentarão implantar, através do conceito de "seguro social".

Por ora, frisemos apenas que o caráter "abrangente" do primeiro modelo, dada a sua relativa prodigalidade na concessão de benefícios e serviços, fazia com que a Previdência tendesse, dentro de um curto prazo, a ser um mero instrumento de reaplicação, em benefícios e serviços aos segurados, do total de recursos arrecadados. Comprova isso a evolução do orçamento das Caixas no período, como pode ser observado na Tabela I. Observa-se um crescimento rápido e progressivo do percentual da despesa total sobre a receita que, partindo de 12,50% em 1923, alcança 61,71% em 1930.

Esse crescimento, como era de se esperar, foi provocado principalmente pelo aumento nos gastos com aposentadorias e pensões, os quais, correspondendo a valores quase irrisórios no primeiro ano, cresceram rapidamente: 9,27 e 26,12 vezes, respectivamente, em valores reais por associado ativo (v. Tabela VII), tendo passado com isso a significar 42,93% (aposentadorias) e 6,04% (pensões) da receita, contra apenas 2,94 e 0,15% de início (v. Tabela I).

Poder-se-ia dizer que este crescimento das despesas com aposentadorias e pensões era meramente um crescimento "natural", dado pela progressiva inclusão em benefício, com o passar do tempo, de uma massa cada vez maior de segurados. Uma análise um pouco mais acurada nos mostra, no entanto, que não há nada de "natural" na evolução das despesas da Previdência. Se compararmos este período com o que lhe segue (1930-1945), veremos que, não apenas a proporção de aposentados e pensionistas por segurado ativo é maior no primeiro (v. Tabelas II e VIII), denotando maior liberalidade na concessão destes benefícios, como também são maiores as despesas com aposentadoria por aposentado e com pensão por pensionista (em valores reais) no período 1923-30, (v. Tabela IX), ex ressando uma sistemática de cálculo mais pródiga, como já vimos.

Ou seja: as despesas com benefícios pecuniários cresceram no período, em primeiro lugar, obviamente, porque o sistema de seguro social da Previdência começava a funcionar (dos 0,71% de aposentados e 0,15% de pensionistas por associado ativo no primeiro ano chegou-se a 5,62 e 4,92%, respectivamente em 1930 - v. Tabela II). Contudo, estas despesas foram proporcionalmente maiores (em valores reais e "per capita") do que no período que se segue, porque: 1) concederam-se proporcionalmente mais benefícios; e 2) atribuiu-se um valor real maior por beneficiário.

As despesas com assistência médica também cresceram no mesmo período, embora mais moderadamente. A tal ponto que, apesar do enorme aumento nas despesas com benefícios pecuniários, o peso da assistência médica na receita passa de 5,88% a 8,90% (tendo atingido 11,63% em 1926). (v. Tabela I). Apesar do número de segurados ter crescido mais de seis vezes (v. Tabela II), os gastos "per capita" com assistências foram mantidos mais ou menos no mes-

mo nível, em valores reais. (v. Tabela VII). Coisa semelhante ocorreu com o item "outras despesas".

Aliás, a favor do nosso argumento sobre a prodigalidade do sistema de Previdência e Assistência das Caixas, observe-se nas tabelas indicadas que entre 1927 e 1928 ocorre uma súbita duplicação do número de associados (Tabela II), o que produz, obviamente, uma queda em relação à receita e nos valores reais "per capita" para todos os itens da despesa (v. Tabelas I e VII). Apesar disso, já no ano seguinte a tendência ao crescimento é retomada em todos eles. (v. Tabelas I e VII).

O efeito correlato desses dados apresentados acima atuava sobre a capacidade de poupança das Caixas. Assim, o saldo do exercício de 1930 (receita total-despesa total) correspondia a apenas 38,63% da receita, contra 87,50% no primeiro ano (v. Tabela I) e, em valores reais e "per capita" a apenas pouco mais de um quarto do valor correspondente a 1923 (v. Tabela VII).

As reservas financeiras foram mantidas em valores em torno de quatro vezes a despesa anual (v. Tabela I).

Esses dados indicam que havia no período uma tendência ao crescimento progressivo das despesas. Não apenas a partir daqueles itens cujo aumento pode ser considerado decorrência "natural" da implantação do sistema (aposentadorias e pensões), como também dos demais: assistência médica e "outros" (outros benefícios e serviços, e despesas administrativas). Além disso, em relação aos benefícios "tradicionais", os dados parecem o que apontava nossa análise sobre a legislação do período: liberalidade na concessão e prodigalidade no cálculo do seu valor, se comparados aos anos subseqüentes. Em síntese: se quisermos empregar conceitos produzidos pela polêmica posterior a respeito da viabilidade atuarial deste sistema, pode-se dizer que, do ponto de vista financeiro, o modelo de Previdência Social deste primeiro período tendia a um alto grau de "repartição", apesar de estar formalmente estruturado como um "regime de capitalização" (22).

É exatamente esses fatos a que nos referimos ao definir o modelo como "abrangente" e "pródigo".

Para concluir este capítulo, só nos resta falar, então, um pouco mais especificamente, de como se situava em toda a discussão desenvolvida até aqui o nosso objeto mais restrito de análise, qual seja: a assistência médica na Previdência Social.

Na verdade, era a esse ponto que queríamos chegar, em última instância, com a análise apresentada nos dois primeiros capítulos. Discutimos as condições da emergência efetiva da Previdência Social no Brasil e, em seguida, as características que em função disso ela assume em seus primórdios; com o propósito de tentar entender o surgimento e o crescimento, dentro dela, de uma assistência médica, já a partir de 1923.

As conclusões da primeira parte dessa discussão já foram apresentadas, ainda que de maneira dispersa. Vimos as condições políticas, internas e externas, que fizeram surgir em 1923 um sistema de Previdência e Assistência Social para certas categorias de trabalhadores. Vimos, a seguir, como estas condições específicas proporcionaram o surgimento de um dado modelo de Previdência, entre outros teoricamente possíveis. Vimos, finalmente, que este modelo era, na verdade, composto por reivindicações que estavam presentes no movimento operário e que o Estado incorpora, na ausência de um projeto próprio.

Ora, entre as reivindicações que a movimentação política das classes trabalhadoras apresentava ao Estado na Primeira República, e que estarão na base da política trabalhista e previdenciária que este mesmo Estado desenvolverá mais tarde, estava presente como vimos em citações anteriores (embora não obviamente em posição fundamental) a questão da assistência médica. É fácil imaginar, inclusive, os possíveis determinantes disto. Em primeiro lugar, as já referidas péssimas condições de vida e trabalho destes setores da população tornavam o problema da doença e a necessidade de assistência parte habitual do seu cotidiano. Por outro lado, o processo de urbanização e aculturação que estes setores estavam vivendo desligava-os progressivamente das concepções de saúde e doença e dos recursos e conceitos terapêuticos não urbanos, rurais, populares, folclóricos, (ou que outro nome se queira dar) a que possivelmente até então recorriam, aproximando-os dos conceitos e da aspiração de recursos médicos "formais", acadêmicos. No entanto,

os recursos disponíveis eram atender a prática privada -- com barreiras econômicas [illegible] -- e as instituições filantrópicas -- bem restritas e deficientes --, dado que o Estado se mantinha quase ausente deste setor assistencial.

Evidência desta questão do acesso à assistência médica era um problema importante para as classes trabalhadoras urbanas neste período está no fato de que, enquanto o Estado se mantinha ausente desta área, os próprios trabalhadores tentavam resolver o problema por si mesmos, através das suas associações mutualistas autônomas e o empresário também buscava constituir uma assistência no interior das empresas. O próprio Eloy Chaves, em seu discurso na Câmara (v. MPAS, 1962, op.cit.), dá testemunho disso:

> "É sabido que em algumas companhias, sobretudo nas de São Paulo, existem sociedades beneficentes com relação à assistência médicos e medicamentos. O intento é isso não basta".

Aliás, esta é uma faceta do comportamento das classes trabalhadoras urbanas na Primeira República que não tínhamos feito ainda referência. Antes de passar a tratar o Estado como interlocutor privilegiado, a ser visto de outro modo, orientando então para ele suas reivindicações [illegible] trabalhistas quanto "sociais", e questionando assim [illegible] vigente, estas classes tentavam resolver seus problemas [illegible] dos marcos do ortodoxo liberalismo. Nestas condições os [illegible] "trabalhistas" e "sociais" não podiam ser resolvidos com as [illegible]. Quanto aos primeiros, cabia colocá-los ao patrão, ao empregador. Tratava-se de arrancar dele, como vimos, no processo de enfrentamento direto, melhores condições de trabalho e salário. Já as questões assistenciais (como os serviços médicos) [illegible] ser resolvidas de outra forma, e o caminho era o mutualismo, o cooperativismo.

Na perspectiva política anterior (tão discutida), de tomar o Estado como interlocutor, é que os trabalhadores cobrarão dele a [illegible] [illegible] [illegible] sobre as condições de trabalho [illegible] uma "política trabalhista") e também a prestação gratuita de serviços num setor assistencial ou "social", [illegible] [illegible] médico-hospitalar e farmacêutica.

Por sinal, a interferência do Estado no âmbito da assistência médica, até esse momento praticamente ausente entre nós, já era uma experiência histórica de mais de cem anos na Europa (23). É bastante provável que os imigrantes europeus, que na época constituíam parcela quantitativamente importante das classes trabalhadoras urbanas no Brasil (além de ter uma importante presença na liderança da movimentação política destas classes) tenham contribuído para a inserção da assistência médica gratuita entre as reivindicações do movimento operário no período.

Dessa maneira, a assistência médica era uma reivindicação presente, ao lado de outras, no bloco de questões que as classes trabalhadoras urbanas colocavam ao Estado, fato documentado em referências explícitas ao tema apresentadas no primeiro capítulo.

Contudo, nós vimos também como o Estado, neste período, tentou resolver o problema de algumas destas reivindicações que lhe foram apresentadas pelos trabalhadores no âmbito trabalhista e social (entre as quais a assistência médica gratuita): não arcando diretamente com o ônus de medidas nestas áreas, mas sim impondo-o aos próprios empregados e empregadores, através da obrigatoriedade de constituição de Caixas mantidas diretamente por estes e pelos usuários diretos dos serviços (24).

A nosso ver, portanto, a assistência médica foi introduzida precocemente nas instituições de Previdência Social no Brasil, desde o nascimento destas (numa medida que viria a provocar estranheza e protestos dos "teóricos" da Previdência no período seguinte), porque ambas (Previdência e Assistência) foram o produto de um mesmo processo: a tentativa realizada pelo Estado de resolver o problema das pressões exercidas pelas classes trabalhadoras urbanas, sem arcar com o ônus daí decorrente e também sem romper completamente com a ideologia "liberal ortodoxa", não intervencionista, que vinha pautando até então sua conduta frente a estes problemas. A razão desta conduta do Estado já foi discutida.

Foi dessa maneira que, a nosso ver, o modelo "abrangente" de Previdência Social dos anos 20 incorporou a assistência médica-hospitalar e farmacêutica.

Já fizemos referência ao fato de que, desde o ano da promulgação da Lei Eloy Chaves, as Caixas começaram a prestar assistência médica e farmacêutica, como se pode inferir da presença de despesas com este quesito no orçamento já em 1923 (v. Tabela I). Já nos referimos também à sua expansão nos anos seguintes, evidenciada pelo comportamento dos gastos com assistência.

Resta falar da forma como estes serviços eram prestados. Além de, em certa medida, comprar serviços a consultórios privados (25), as Caixas estabeleceram suas próprias instituições de assistência médica, hospitalar e farmacêutica, situando-se então aí a origem mais remota do que hoje constitui o "setor próprio" da assistência médica previdenciária (26). Esta prática era permitida pelo artigo 13 do Decreto de 1926, que dizia:

> "Ouvido o Conselho Nacional do Trabalho, as Caixas poderão adquirir ou construir prédio, ou prédios, para a sua sede, farmácia, ou serviço de ambulatório, ou pronto socorro, uma vez que os fundos o permitiam".

Teoricamente, haveria uma alternativa, cujo exemplo histórico concreto é o da forma como se deu o nascimento de algo análogo: a assistência médica em moldes previdenciários a trabalhadores, com a participação financeira dos empregadores nos Estados Unidos. Segundo GARCIA (27), este processo se iniciou nos Estados Unidos já em fins do século passado, mas com características bastante distintas do caso brasileiro. Lá não se constituíram serviços médicos próprios de instituições cooperativas, como ocorreu a partir dos anos 20 no Brasil. Estes serviços foram comparados exclusivamente, desde o início, ao setor privado de assistência médica, com a intermediação de companhias seguradoras igualmente privadas.

Obviamente as características do processo de nascimento da assistência médica em moldes previdenciários nas duas formações sociais em questão teriam que ser distintas, na medida em que o são as características gerais destas formações. Interessa-nos ressaltar aqui, no entanto, um destes aspectos, que diz respeito mais de perto às questões que queremos discutir no momento.

Entre outros motivos, a possibilidade de se recorrer exclusivamente, desde o início, ao setor privado de assistência médica para a concessão de serviços em moldes previdenciários nos Estados Unidos se deve, seguramente, ao fato de que já em fins do século XIX, existia naquele país um setor privado suficientemente grande, financeiramente forte, organizado em moldes empresariais, além de um setor privado de seguradoras com as mesmas características. Puderam, portanto, colocar-se como alternativa à intervenção do Estado nesta área, intervenção que já vinha ocorrendo em níveis crescentes na Europa ou viria a ocorrer mais tarde na América Latina (v. GARCIA, op.cit.).

No Brasil, estas condições por certo eram muito precárias. A prática médica privada nos anos 20 ainda baseava majoritariamente sua forma de organização nos velhos moldes liberais e, nestas condições, não pôde ou não quis se apresentar como alternativa séria para as instituições previdenciárias, que se viram obrigadas a ver então em certa medida seus próprios serviços médicos.

Como veremos adiante, só no período seguinte, em outras circunstâncias, é que a Previdência Social brasileira começaria a se articular firmemente com o setor privado da prática médica, surgindo, então, formas embrionárias de organização de caráter mais empresarial que, aliás, só encontrariam estímulo para surgir e crescer entre nós quando dessa articulação com a Previdência. Ou seja, a conhecida afirmação de que o Estado é o "pai da burguesia brasileira" também se ajusta muito bem aos empresários do setor saúde, que não puderam existir e desenvolver-se senão sob o seu manto protetor (28).

Dessa maneira, a assistência médica na Previdência Social brasileira nasceu incluindo a constituição de serviços próprios nas Caixas, o que, como dissemos, corresponde ao nascimento do primeiro dos elementos do atual "complexo previdenciário de assistência médica". Nas partes seguintes deste texto veremos como surgiram os demais.

Com isso, completamos a análise do nosso primeiro período. Vimos as condições políticas mais gerais que deram origem a um sistema de Previdência Social no Brasil; o modelo de Previdência que, dadas estas condições, foi implantado; e seus efeitos, entre os quais a emergência da assistência médica, e, dentro dela, do primeiro elemento do futuro "complexo previdenciário": o setor próprio. Passemos então ao período seguinte:

N O T A S

(1) VIANNA (op.cit.) compara estas resoluções com as propostas pelos empresários nas mésmas reuniões, concluindo:

> "Notar a discrepância dos empresários em relação à política do Estado, então em esboço. Nas resoluções apaziguadoras que enviam (os empresários) aos operários, casuisticamente limitam-se ao objetivo da greve em curso, ignorando os temas fundadores de uma regulamentação legal das condições de trabalho. A burguesia industrial não abrirá mão do Estado liberal da Carta de 91 (...)ao passo que a elite dirigente do Estado já admite retificaçoes no seu estatuto".

(2) "(...) ser conservador não é fechar os olhos ao movimento progressivo do espírito humano e erguer um dique, por sistema, a toda reforma que se anuncia. Isto não é ser conservador, mas cego e reacionário (...)".

(3) Por exemplo, diz RODRIGUES (op.cit.) a respeito:

> "no primeiro momento, o Brasil reagia a uma precoce versão dos efeitos e da emulação provocadas pela política social iniciada originalmente na Europa e seguida pelos países latino-americanos vizinhos, especialmente Argentina e Chile".
> Ver também MALLOY (op.cit.).

(4) Sobre o sentido da reforma, diz RODRIGUES (op.cit.):

> "Constituia uma guinada na consideração do problema, de vez que eliminava a restrição, decorrente da mencionada 'política dos governadores', que numa falsa autonomia dos poderes provinciais transformara em barreira da evolução social no campo legislativo".

(5) Mais adiante, nesse capítulo, discutiremos com mais detalhe o modelo de Previdência Social estabelecido nesse período e a evolução de seus resultados entre 1923 e 30. A apresentação dos dados acima, por enquanto tem apenas o propósito de documentar a constituição efetiva de instituições previdenciárias nestes anos.

(6) Ver CHAVES, E. - Discurso proferido na Câmara dos Deputados, justificando a apresentação do seu projeto de lei, 1923. In MTPS, 1965. Op.cit.

(7) VIANNA (op.cit.) e RODRIGUES (op.cit.), bem como os autores por eles mencionados, atestam, se não uma diminuição (questionada pelo primeiro), pelo menos um abrandamento da atividade política operária nós anos 20. VIANNA sugere que o abandono da postura liberal pelo Estado foi pelo menos um dos fatores importantes para que isso ocorresse .

(8) Como diz MALLOY, na seqüência da citação acima: "Com a revolução de 1930, o modo de enfocar a política social mudou radicalmente".

(9) Com relação a outros textos consultados que contêm uma abordagem de alguma forma histórica da Previdência Social no Brasil, já vimos que DONNANGELO (op.cit.) praticamente menospreza o período pré-30 em seu trabalho. A outra referência já mencionada (v. MTPS, 1973) tem um caráter mais historiográfico do que analítico. Por isso tomamos MALLOY como nosso principal interlocutor sobre o tema, em relação ao período.

(10) O problema nos parece ambiguamente tratado nestes textos de MALLOY, como se pode depreender do conjunto de citações acima e de outra citação já apresentada:

> "Antes de 1930, a Previdência Social não passava de um conjunto de medidas isoladas e de respostas elitistas 'ad hoc' às pressões populares (...)".

(11) Eloy Chaves fala todo o tempo na primeira pessoa, o que sca como se ele realmente estivesse doando um benefício: "tive em vista", "procurei evitar", "diminui progressivamente", "garanti ao empregado ferroviário esses favores", "procurei dar-lhe", etc.
Veja-se também a curiosa historieta final sobre a "carona" aos operários de sua fábrica, a que MALLOY também se refere. (v. CHAVES, op.cit.).

(12) Após discutir a situação jurídica das questões trabalhistas na República Velha, diz RODRIGUES (op.cit.): "Em última análise, as questões trabalhistas caíam na jurisdição do Código Penal: daí a afirmação repetida de que a questão social na Primeira República não passava de um caso de polícia".

(13) Aliás, esta situação em que empresários formulam propostas de legislação social, se não constituir uma exceção na época é um tema que mereceria ser investigado e comparado, por exemplo, com a idéia oposta do "liberalismo fordista" do empresariado brasileiro como um todo, defendida por VIANNA no texto citado e já rapidamente apresentada aqui.

(14) Sabemos que a situação da burguesia urbana-industrial no regime nascido com a revolução de 30 é mais complexa do que a da oligarquia, agrário-exportadora no regime precedente. Essa questão, no entanto, será discutida no próximo capítulo.

(15) Quando, mais tarde, como veremos, surgirem defensores desse ponto de vista (de que só as aposentadorias e pensões são os benefícios "originais" da Previdência Social) eles estarão, pelo menos, incorrendo num erro histórico, já que não existiu "originariamente" o modelo puro de "seguro social" que pretenderão defender com esse "lapso" e com outros argumentos. V. capítulo seguinte.

(16) "Gostaria de reiterar o que já afirmei acima; as atitudes básicas, concepções e princípios de organização, que irão modelar a estrutura posterior da Previdência Social no Brasil, foram definidas antes da década de 1930(...)" (MALLOY, op.cit.).

Ou ainda: "os conceitos legais e princípios de organização contidos na Lei (Eloy Chaves) tornaram-se base para a futura elaboração do sistema de previdência social no Brasil e continuam ainda hoje a moldar grande parte da política". (ibid.)

Essa preocupação com a continuidade provoca outro ponto de polêmica entre nossas formulações e as de MALLOY. Nossa impressão é exatamente oposta, ou seja: de que 30 significa um corte em relação ao modelo de Previdência Social no Brasil. Ver capítulo seguinte.

(17) A bem da verdade, algumas determinações do decreto em questão apontavam no sentido inverso, ou seja, no sentido restritivo:

1º o reconhecimento do "viúvo ou viúva" como herdeiros, para recebimento da pensão, apenas se "inválido"(artigo 26).

Como veremos adiante, quando este critério for abolido, mais tarde, haverá oposição dos defensores do "seguro social", que perguntarão porque pagar benefícios capazes para o trabalho.

2º o acréscimo do critério etário ao de tempo de serviço para concessão de aposentadorias (artigo 12).

Isso retardaria a entrada em aposentadoria para alguns segurados, ou mesmo resultaria em que muitos jamais a atingissem por morrer antes dos 50 anos (idade seguramente acima da esperança média de vida à época no Brasil). Esse critério, como veremos, também sofrerá idas e vindas, apoios e críticas no futuro, assim como também o limite de idade, uma vez existindo.

No entanto, acreditamos que estes dois pontos não são suficientes para negar a característica geral "abrangente" que estamos atribuindo ao modelo do período, e cuja discussão continuamos, a seguir.

(18) REZENDE DA SILVA E MAHAR (op.cit.) já apontavam este aspecto:

"A lei Eloy Chaves não previa o que se pode chamar com propriedade, contribuição da União. Havia, isto sim, uma participação no custeio, dos usuários das estradas de ferro, provenientes de um aumento das tarifas, decretado para cobrir as despesas das Caixas. A extensão progressiva desse sistema, abrangendo cada vez maior número de usuários de serviços, com a criação de novas Caixas e Institutos, veio afinal fazer o ônus recair sobre o público em geral e, assim, a se constituir efetivamente em contribuição da União. O mecanismo de contribuição tríplice (em partes iguais) (refere-se à contribuição pelos empregados, empregadores e União) foi obrigatoriamente instituído pela Constituição Federal de 1934 (alínea h, § 1º, art. 21)".
V. REZENDE DA SILVA, F.A. e MAHAR, D - Saúde e Previdência Social: uma análise econômica, Ed. IPEA/INPES, Relatório de pesquisa nº 21, Rio, 1974.

(19) Ressalte-se que, ao falar em "abrangência" e "prodigalidade", o estamos fazendo por comparação às formulações sobre Previdência Social que se tornariam hegemônicas no período seguinte para o Estado e para um grande setor de técnicos das instituições previdenciárias; Essa discussão será desenvolvida no próximo capítulo.

(20) Se o sentido mais geral do decreto de dezembro de 26 foi, a nosso ver, o da ampliação das características já apontadas no modelo estabelecido quatro anos antes, por outro lado, a bem

da verdade, é preciso notar que (como ocorrera também com o decreto anterior) ele inclui algumas medidas minoritárias que apontam no sentido oposto, ou seja, no sentido restritivo.

Quanto ao primeiro aspecto, veja-se o parágrafo único do artigo 22, que tornava o valor da aposentadoria por invalidez proporcional ao tempo de serviço do segurado ("será aposentado com tantos 30 avos quantos forem os anos de serviço da aposentadoria ordinária"), enquanto que pelas disposições de 1923 este valor seria sempre igual ao da aposentadoria ordinária, correspondente à faixa salarial do empregado. E o § 2º do artigo 16, que determinava um valor máximo possível para as aposentadorias e pensões, fixado em "3.000$000 mensais" (não temos dados no entanto para avaliar a importância prática deste dispositivo. Havia efetivamente aposentadorias ou pensões acima de 3 contos de réis?).

Uma terceira disposição onde talvez se possa perceber o mesmo sentido restritivo (embora aqui mais implícito do que explícito), era a do artigo 58, o qual determinava que:

> "O regimento de cada Caixa, observadas as disposições da presente lei e seu regulamento, será organizado de acordo com os serviços de cada estrada, declarando-se a natureza e extensão dos socorros médicos, farmacêuticos e hospitalares a que terão direito seus associados".

A inclusão desse dispositivo (anteriormente ausente) no novo decreto, se não tinha esta intenção, pelo menos criava a possibilidade de que se começasse, através da regulamentação, a colocar limites vistos como "técnicos" aos serviços médicos e farmacêuticos das Caixas. Aliás, o artigo 41 explicitava esta possibilidade, embora apenas para os eventuais e provisórios casos em que "os fundos das Caixas não puderem suportar os encargos respectivos", e apenas "enquanto permaneça a insuficiência desses recursos". Nestes casos "O Conselho Nacional do Trabalho fará organizar por atuários as tabelas de pensões, pecúlios, auxílios e outros, fixando também a porcentagem dos fundos destinados às despesas de serviços médicos, farmacêuticos, hospitalares e outros".

Esta questão é importante porque, como se verá, no período seguinte sempre existirão nos regulamentos das instituições de

Previdência dispositivos chamando a atenção para que os serviços médicos (e outros) só seriam prestados "na medida das disponibilidades financeiras", ou estabelecendo limites percentuais máximos do orçamento para a aplicação nestes serviços, definidos "tecnicamente" pelos atuários. O argumento seria o já discutido de que tais serviços não eram "essenciais" ou "específicos" das instituições de Previdência. Nesse sentido, talvez os artigos 41 e 58 do decreto de 1926 tenham que ser vistos como precursores precoces dessa orientação (apenas aparentemente) tecnocratizante que seria estabelecida mais tarde na definição dos rumos e orientações da Previdência.

(21) Ressalte-se, no entanto, que estas disposições legais sobre aumento da receita não tiveram efeito concreto importante. A receita total quase duplicou em 1928 (v. Tabela I), porém isso se deve apenas à duplicação no mesmo ano do número de segurados (v. Tabela II). A receita por segurado ativo manteve-se mais ou menos constante nos anos seguintes (v. Tabela VII).

(22) Denomina-se, em atuária, "regime de repartição" a um modo de funcionamento de sistemas previdenciários que faz com que, por suas características, todo o montante de recursos arrecadados seja dispendido em benefícios e/ou serviços aos segurados. O "regime de capitalização", ao modo de funcionamento que faz com que uma parte do arrecadado passe a ser poupado e investido de alguma forma. (ver. a respeito: REZENDE DA SILVA & MAHAR, op.cit.).

O artigo 7º do decreto de 1923 apontava para a possibilidade de aplicação dos "fundos da Caixa (...) salvo as somas que o Conselho de Administração fixar como indispensáveis para os pagamentos correntes", na "aquisição de títulos de renda nacional ou estatal, ou que tenha a garantia da Nação ou dos Estados". E o artigo 3º, como já foi referido, previa em sua letra "J", como uma das fontes de renda das Caixas, "os juros dos fundos acumulados".

(23) Sobre este assunto, ver, por exemplo, FOUCALT, M. - Conferências no Instituto de Medicina Social da UERJ, 1974, mimeo.; e ROSEN, G. - "The Evolution of Social Medicine",

(24) Adiante se verá como, em outros períodos ( principalmente no final dos anos 40), com as idéias de "seguridade social", surgiu a formulação exatamente oposta, ou seja a de que o Estado deveria arcar não só com a concessão de serviços à população como um todo, mas também de benefícios pecuniários, ambos financiados não através de contribuições específicas de "segurados" e sim com os recursos tributários gerais da nação.

A lembrança nos parece importante para agastar a idéia arraigada de que um sistema de Previdência e Assistência Social só pode existir através de contribuições específicas de alguns cidadãos, os quais, por isso mesmo, são os únicos com direito a desfrutar de seus serviços e benefícios.

(25) Esta informação nos foi prestada pelo Sr. Jorge Lobo, atual responsável pelo setor de Convênios da Secretaria de Medicina Social do INAMPS, e que, desde 1937 é funcionário da Previdência Social (inicialmente no antigo IAPI).

(26) Ver Parte I deste trabalho.

(27) V. GARCIA, Juan Cesar: "La articulación de la medicina y de la educación en la estructura social", Organização Panamericana de Saúde, 1974, mimeo.

(28) Para fundamentar o ponto de vista de que a criação de serviços médicos próprios nas Caixas (que seria tão questionado no período seguinte) tem como um de seus determinantes a incapacidade e desinteresse da prática médica privada em apresentar-se como alternativa, é interessante comparar essa situação com a do problema dos seguros para acidentes de trabalho, mais ou menos no mesmo período (v. ALVES, op.cit.).

Segundo este deputado, desde os primeiros projetos de lei sobre seguro de acidentes de trabalho (um em 1904, dois em 1907 e um em 1915), nenhum deles implementados; até o de 1919, finalmente transformado em lei e regulamentado no mesmo ano, todos estes projetos impunham ao empregador a obrigatoriedade de indenizar o trabalhador acidentado, porém sempre permitin-

do a "transferência dessa responsabilidade para companhia seguradora" privada, desde que "aprovadas e fiscalizadas pelo Governo". A legislação posterior, de 1934 e 1940, manteve estas mesmas disposições (a última especificava: "enquanto a garantia de tais riscos não for subordinada ao sistema de Previdência Social").

Só em 1944 é que o Decreto-lei nº 7.036, de 10/11 estabeleceu "o princípio do monopólio do Estado". "Entretanto, dada a impossibilidade da transformação rápida do regime do seguro privado para o regime do seguro social, a mesma lei (...) fixou o prazo de uma incorporação paulatina". Desta forma, ainda em 1948 o Congresso discutia a conveniência de tal monopólio, enfim determinado pela Lei 599-A, de 26 de dezembro. Alguns dos projetos apresentados então ainda propunham a manutenção "do regime de livre concorrência entre as entidades de previdência social e as companhias de seguro privado".

Vemos assim que, ao contrário da assistência médica, uma outra conquista das classes trabalhadoras nos anos 20 – a indenização por acidente de trabalho – foi implementada originalmente em articulação com o setor privado, (do ramo de seguros) desde os primórdios em 1919 e durante 30 anos. É de se supor que isto foi possível, ao contrário do que ocorreu com a assistência médica, dada a existência, no setor, de companhias privadas não só capazes de apresentar-se como alternativa ao Estado, como também de defender os seus interesses na conquista desse mercado que a lei criava, como o demonstra a presença de defensores desses interesses no Congresso, ainda em ... 1948.

## 3) 1930 - 1945: PREVIDÊNCIA SOCIAL = SEGURO SOCIAL. AUTORITARISMO, INDUSTRIALIZAÇÃO E APOGEU DO MODELO DE CAPITALIZAÇÃO

Como vimos, o modelo de Previdência Social estabelecido no período delimitado no capítulo anterior tendia a um "regime de repartição", tendência indicada pelo crescimento muito rápido das despesas totais, que em 1930 tinham mais que triplicado em valores reais por associado ativo em comparação com o ano inicial de 1923, superando a marca dos mil cruzeiros (em valores corrigidos para cruzeiros de 1976), coisa que só voltaria a ocorrer vinte anos depois, em 1950 (v. Tabela VII). Em percentagem da receita, isso significava o dispêndio de 64,71% da arrecadação, atingindo 65,71% no ano seguinte, valores que também representaram um recorde imbatido por muitos anos (v. Tabela I).

No período seguinte, de que vai se ocupar o presente capítulo, essa tendência foi revertida. Os valores citados acima passaram a cair progressivamente; nos anos de 1938 e 1939, pontos extremos dessa reversão, as despesas totais em valores reais "per capita" foram baixos como jamais haviam sido, situando-se em torno de Cr$ 250,00 (cruzeiros de 1976), ou seja, cerca de apenas um quarto dos valores alcançados em 1930, menores mesmo do que as despesas do primeiro ano de existência da Previdência Social brasileira. Apesar de certa recuperação no final do período, em 1944-45 correspondiam ainda a menos de Cr$ 500,00 (em valores de 1976), ou seja, menos da metade do ponto que haviam atingido em 30 (v. Tabela VII). Em percentagem da receita, estes valores correspondiam a gastos inferiores a 30% da arrecadação (28,86% em 1938 e 29,25% em 1939), o que significa dizer que mais de 70% desta tornava-se saldo, e fa assim engrossar as reservas da Previdência. Em 44-45 as despesas representavam ainda pouco mais de 40% da receita (v. Tabela I). Ao contrário, portanto, da tendência anterior à "repartição", a Previdência Social no Brasil caminhava agora no sentido de um "modelo de capitalização".

Como se pode observar nas tabelas mencionadas (I e VII), a queda das despesas ocorreu tanto nos benefícios pecuniários "tradicionais" (aposentadorias e pensões), quanto na assistência médico-hospitalar. A variação, em termos reais "per capita", foi bem

menor apenas para o item "outras despesas", (v. Tabela VII) o que correspondeu a um crescimento relativo (em proporção da receita) para este item (v. Tabela I).

Frente a estes dados, coloca-se a seguinte questão: porque teria ocorrido tal restrição nos gastos?

Com certeza, um fator importante, foi de natureza meramente técnico-atuarial. Ocorre que, nesse período, houve um crescimento muito marcante e rápido da massa segurada, como se pode observar na Tabela II. Nos sete anos compreendidos entre 1923 e 1930, o número de associados ativos cresceu cerca de seis vezes, atingindo a marca dos 140.000. Nos quinze anos do período ora em análise esta cifra aumentou quase vinte vezes, de maneira que, em 1944-45, as instituições previdenciárias contavam com cerca de 2.700.000 segurados em atividade. Além disso, este crescimento nem sempre foi harmônico. Em 1935 quase duplicou e em 1938 duplicou efetivamente o número de associados em relação ao ano anterior (correspondendo basicamente à entrada em atividade dos grandes institutos de Aposentadoria e Pensões – IAP's – nova forma nascente de organização da Previdência Social brasileira, a que nos referiremos com mais detalhe adiante).

Como é óbvio, os momentos imediatamente seguintes à entrada maciça de novos segurados em uma instituição de Previdência Social devem, naturalmente, corresponder, a curto prazo, a um aumento maior da receita do que da despesa, e a uma diminuição das despesas "per capita". Isso ocorre principalmente em relação aos benefícios pecuniários, pois há, em geral, um lapso grande de tempo entre a inscrição do associado na instituição e a ocorrência dos eventos que suscitarão o pagamento dos benefícios (velhice, invalidez, morte, etc.), sem contar os prazos de carência estabelecidos pela lei para o início destes pagamentos.

Assim, um determinante central para a diminuição relativa dos gastos, foi, sem dúvida, o efeito produzido pelo rápido crescimento da massa segurada. No entanto, já nos referimos ao fato de que a diminuição não foi apenas relativa, isto é, não se deveu simplesmente a um processo "natural", apreensível pelas leis atuariais, como o discutido no parágrafo anterior. Teria ocorrido, além disso, um esforço ativo de restrição de despesas por parte das insti-

tuições previdenciárias nesse período, visando transformar o sistema brasileiro de Previdência, que caminhava rapidamente em direção a um "regime de repartição", e instituindo outro modo de funcionamento mais rigidamente aferrado a um "modelo de capitalização.

Para discutir esta tese, comecemos pelos dados quantitativos, ou seja, pelos efeitos concretos do novo modelo, para, em seguida, empreendermos uma análise da legislação sobre a Previdência no período (cristalização em leis e normas das novas idéias). Procuraremos depois, apresentar a defesa explícita dessa reorientação feita, na época, por técnicos e dirigentes (os "intelectuais), do aparelho previdenciário.

Um primeiro aspecto a considerar, de importância particular para nós, é o da assistência médico-hospitalar. Como foi dito há pouco, era de se esperar que o crescimento rápido da massa segurada no período em questão produzisse, dentro de certos limites, uma diminuição relativa dos gastos com benefícios pecuniários de longo prazo (i.e. aposentadorias e pensões). Mas o mesmo tipo de raciocínio não pode ser aplicado à prestação de serviços, como a assistência médica, na medida em que a ocorrência de doenças pode se dar a qualquer momento, e não havia qualquer prazo de carência para a utilização destes serviços. A queda nas despesas com assistência médico-hospitalar, expressas como percentagem da receita (v. Tabela I), ainda poderia, em tese, ser apenas relativa, isto é, consequência do simples aumento de outros itens. No entanto, este aumento só ocorreu com o quesito "outras despesas", e mesmo assim em níveis insuficientes para explicar a grande diminuição verificada em todos os outros. Mas a Tabela VII nos mostra, sem sombra de dúvida, que a queda não se deu meramente enquanto percentual da receita e sim que a pequena expansão em valores reais dos gastos com medicina do período (cerca de três vezes e meia) não acompanhou nem de longe o crescimento da massa que aumentou vinte vezes. Dito de outra forma, a grande expansão da receita proporcionada pelo número crescente de contribuintes agregados a cada ano não resultou num aumento, nem ao menos proporcional, dos gastos com assistência médica oferecidos aos mesmos contribuintes. Assim,

se a Previdência como um todo gastava Cr$ 141,25 com serviços méd[illegible] co-hospitalares por associado ativo em 1930 (em cruzeiros de 197[illegible] este valor caiu para Cr$ 25,37 em 1945 (idem), tendo chegado a . . Cr$ 22,14 em 1943. (v. Tabela VII). Portanto, oferecia-se pelo menos em valor, muito menos assistência médica, em média, a cada segurado, em 1945, do que era oferecido quinze anos antes, o qu[illegible] só pode ser explicado por um processo ativo de restrição de gastos, ou seja, em termos mais gerais, por um outro enfoque dado neste pe[illegible]ríodo à responsabilidade da Previdência na Prestação de cuidados médicos a seus segurados.

Para se ter idéia do significado, em termos financeiros, desta "economia", basta fazer um rápido cálculo (todas as cifras abaixo estão expressas em cruzeiros de 1976). Se em 1945 a Previdência Social continuasse gastando, como em 1930, os mesmos ..... Cr$ 145,25 com assistência médico-hospitalar por associado ativo, sua despesa com estes serviços deveria ter sido, naquele ano, de Cr$ 390.251.710,00 (já que o número de segurados era de 2.762.82[illegible]). No entanto a despesa foi, efetivamente, de apenas Cr$ 70.098.475,00 (ou seja, menos de um quinto), o que resulta numa diferença de mais de 320 milhões de cruzeiros, os quais ao invés de serem gastos com atenção médica, tornaram-se "saldo", e, a seguir investimento. Considerando que a receita daquele ano (em cruzeiros de 1976) foi de Cr$ 3.106.765.700,00, pode-se ter uma idéia do quanto isso significa (quase um décimo da receita).

A bem da verdade, deve-se levar em conta a hipótese (plausível) de que, oferecendo uma massa maior de serviços (em termos absolutos), o custo [illegible] destes diminuísse. Sendo assim, a diminuição no valor total dos gastos em dinheiro não corresponderia exatamente a uma diminuição, equivalente no volume de serviços oferecidos. Mas há também um argumento em contrário: em quinze anos (e mais particularmente <u>nestes</u> quinze anos, entre 1930 e 1945) os custos da assistência médico-hospitalar aumentaram, dada a crescente incorporação de tecnologia, a sofisticação da demanda, etc.. Considerando estes argumentos (cuja avaliação direta é muito difícil) parece-nos bastante difícil supor que, no período citado, tenha havido uma efetiva restrição no volume e/ou qualidade da assistência médica prestada pela Previdência Social brasileira. Se nada [illegible] permite supor, por [illegible], que a população incorporada à Pre-

vidência naqueles anos era menos carente de assistência do que a anterior, fortalece-se, para nós, a convicção de que, já neste primeiro aspecto, houve uma transformação significativa do nosso modelo de Previdência Social, no sentido de torná-lo menos "pródigo", menos "benevolente", mais restritivo, mais preocupado com a acumulação do que com a ampla prestação de serviços.

Contudo, ao que parece, esta transformação não ocorreu apenas no âmbito mais "elástico" da assistência médica, tendo atingido até o "sagrado" bastião das atribuições "originais", "primitivas", "reais", etc. da Previdência Social, como as chamavam, os atuários (v. adiante) isto é: as aposentadorias e pensões.

Este problema exige uma rápida digressão acerca da questão dos benefícios pecuniários nos sistemas de Previdência e Assistência Social. À primeira vista, poderia parecer que, nestes sistemas, há uma diferença radical entre os benefícios pecuniários de longo prazo (aposentadorias, pensões, etc.) e os serviços (assistência médica, farmacêutica, construção de casas, empréstimos, etc.), ou seja, entre o "seguro social" e a "assistência" previdenciária. A diferença estaria em que os gastos com serviços seriam elásticos, alteráveis em função das contingências políticas, dependentes de opções mutáveis por modelos mais restritivos ou mais pródigos de Previdência, como acabamos de ter um exemplo acima, enquanto que o regime de benefícios, uma vez estabelecido, imporia compromissos mais estáveis, teria um funcionamento menos elástico, mais absoluto, objetivamente determinável por leis estatísticas atuariais isentas, de maneira semelhante ao que ocorre com as regras fixas e resultados absolutamente previsíveis do seguro comercial privado.

Um autor interessado na questão coloca da seguinte forma o problema e a sua resposta (referindo-se ao "Advento do Seguro Social" na Europa) [1]:

> "A preeminência dada ao termo "seguro", com todas as suas associações com segurança, respeitabilidade, e previdência eficaz, subentendia que os planos tinham sido modelados com base nos métodos correntes das companhias seguradoras, 'Friendly Societies' e outras ocupadas em operações similares. Mas isso correspondia à realidade somente até certo ponto (...)".

No que diz respeito ao seguro privado, a renda consiste nos prêmios pagos pelos segurados e nos juros sôbre o capital empregado. Os prêmios são avaliados em função do risco coberto por intermédio de um cálculo atuarial. As mesmas condições são oferecidas àqueles expostos ao mesmo risco, mas qualquer pessoa cujas circunstâncias aumente o risco acima da média terá de pagar um prêmio mais alto. O tuberculoso deve pagar mais por um seguro de vida do que o sadio. O segurado pode, portanto, reivindicar que está pagando o justo preço pela cobertura que recebe e, se o preço parece muito alto, o referido segurado está livre para aceitá-lo ou recusá-lo. Com respeito ao seguro social público, a posição é diferente. Se o Estado torna o seguro compulsório para uma grande parcela da comunidade, tem maior responsabilidade para com o segurado do que uma companhia particular, simplesmente porque os referidos segurados não estão livres para "aceitá-lo ou recusá-lo". Os têrmos postos em vigor devem ser tais que os segurados possam fazer frente aos mesmos, e os benefícios devem apresentar alguma relação com suas necessidades reais. O único meio de que dispõem para protestar contra os têrmos que considerem injustos é a ação política através do Parlamento; conseqüentemente, a fixação dos têrmos é essencialmente uma decisão política e, apenas subsidiariamente, atuarial. O Estado pode aceitar essa responsabilidade porque está livre para divergir dos princípios estritamente atuariais do seguro comercial. E goza dessa liberdade porque tem o poder de recorrer a fundos outros que não as subscrições dos beneficiários; pode compelir seus empregadores a contribuir e pode transferir dinheiro da receita pública para o fundo de seguro. A garantia derradeira de . vência de qualquer plano público é o poder do Estado de cobrar impostos.

s adiante, prossegue:

"Qualquer que fôsse o sistema adotado, é evidente que o seguro social se ressentia das qualidades que emprestavam ao seguro privado seu *status* respeitado como uma expressão de parcimônia pessoal, desde que as contribuições dos beneficiários não eram nem voluntárias nem suficientes para cobrir os benefícios. Mas isto não impedia os indivíduos, deslumbrados pela palavra mágica "seguro", de afirmar que tinham direito a seus benefícios porque tinham pago por êles. Ou, um tanto menos grosseiramente, talvez reivindicassem que haviam pago sua justa parcela do preço. Isso era verdade, contanto que se levasse em conta (o que geralmente não se fazia) que sua "justa parcela" não era algo que um atuário pudesse calcular, visto que podia estimar apenas a

> renda total necessária à cobertura dos riscos. A decisão quanto à proporção daquele total que devia ser cobrada dos beneficiários era puramente política. A contribuição do segurado devia, na verdade ser considerada não como um pagamento por benefícios, mas como que o capacitando a recebê-los. E o Estado está livre para estabelecer quaisquer condições restritivas que julgue conveniente. E as tem estabelecido por razões políticas, fiscais e psicológicas, de tal maneira a criar a aparência de alguma relação lógica entre contribuições e benefícios, embora, na verdade, tal relação não exista".

Em síntese: os termos e critérios do seguro social público compulsório - valor das contribuições, quem as paga e quanto, valor e tipo dos benefícios, prazos da carência, limites mínimos de idade para obtenção dos benefícios, etc. - não são fixos e resultantes de decisões de natureza exclusivamente técnicas (questão, como veremos adiante, sistematicamente omitida pelos técnicos e dirigentes previdenciários no período). Ao contrário, trata-se "essencialmente (de) uma decisão política e, apenas subsidiariamente, atuarial", ao sabor do jogo de pressões a que, em cada conjuntura concreta, está submetido o sistema de Previdência Social. Portanto, ao saber dessas pressões, podem ser modificados em qualquer direção, o que parece ter efetivamente ocorrido entre nós à época que estamos analisando, neste caso, contra os interesses dos segurados.

Isto posto, vejamos então o que parece ter ocorrido com o plano de benefícios pecuniários de longo prazo no período ora em análise, por comparação ao anterior.

Já vimos que as despesas com aposentadorias e pensões caíram, tanto como percentual da receita como em valores reais por associado ativo no mesmo ano. Mas vimos também que isso podia ser simplesmente consequência da entrada rápida e maciça de novos segurados no período. Isso, seguramente ocorreu, como mostra a Tabela II. Nela se pode perceber que o ritmo de concessão de aposentadorias e pensões não acompanhou ano a ano (e realmente não era de se esperar que o fizesse) o ritmo de crescimento da massa segurada. Enquanto em 1930 existiam 5,62 aposentados e 4,92 pensionistas (10,54 "dependentes" do sistema, digamos assim) por cada grupo de 100 associados ativos, estas cifras atingiam em 1938 os valores de: respectivamente, 1,22 e 2,08 (total = 3,30).

Mas isto não indica, necessariamente, que tivesse havido uma mudança de caráter restritivo no modelo (ou seja, no sentido de limitar a concessão daqueles benefícios), dado que as aposentadorias e pensões concedidas em cada ano só o são muito minoritariamente aos associados introduzidos no sistema no mesmo ano, e, ao contrário, majoritariamente, aos admitidos nos anos anteriores[2].

Assim, se se quer comparar os dois períodos (que para nós correspondem a dois modelos de Previdência distintos) quanto ao aspecto da maior ou menor facilidade na concessão dos benefícios em discussão, é preciso tomar um intervalo de tempo maior, de maneira a tentar apreender a dinâmica do processo, comparando os benefícios concedidos num dado ano com a população introduzida no sistema anos antes.

A Tabela VIII corresponde a uma tentativa de análise deste tipo. Foi construída da seguinte forma: a partir de 1929, existem dados disponíveis sobre o número de aposentadorias e pensões concedidas por ano;[3] calculamos, então, desta data em diante, que percentagem significava o número de benefícios concedidos em cada ano, em relação ao número de associados ativos cinco anos antes (tendo em vista que foi este o prazo mínimo de carência, estabelecido desde 1926, para a concessão de aposentadorias e pensões não provocadas por acidentes de trabalho).

Dito de outra forma, tentamos fazer o que seria aproximadamente um "estudo de coorte", tentando verificar o que acontecia em cada ano com a população anteriormente associada às instituições previdenciárias, uma vez vencido o prazo de carência que a tornava apta a receber os benefícios citados. Partimos da hipótese de que o comportamento do sistema em cada um dos dois períodos foi distinto: o modelo anterior a 30 era mais "liberal", mais pródigo na concessão dos benefícios do que o modelo subseqüente.

Os resultados estão na Tabela VIII. Pode-se perceber que enquanto em 1929 e 1930 a Previdência Social brasileira concedia um número de aposentadorias por ano correspondente a cerca de 20% do número de segurados existentes 5 anos antes, no período que se segue estas cifras vão decaindo progressivamente, de maneira que, em 1944-45 correspondem a menos de 6%.

Ainda em relação a este aspecto das aposentadorias, para avaliar os efeitos quantitativos dessa mudança, basta dizer que se em 1945 a Previdência Social continuasse aposentando o correspondente a 19,44% de sua massa de associados de 5 anos antes, como fazia em 1930 (e não apenas 5,79% como efetivamente fez), teríamos, no lugar dos 110.724 aposentados, algo como 371.882.

A restrição nas despesas com aposentadorias e pensões não parece se dever apenas à concessão de menor número de benefícios. Os dados da Tabela IX mostram que, além disso, diminuiu também o valor médio pago a cada beneficiário (em valores reais). Ou seja: não apenas havia agora, relativamente, menos aposentados e pensionistas, como também caíra o valor (real) dos benefícios pecuniários que recebiam. Feita a correção para cruzeiros de 1976, pode-se observar na Tabela IX que, em 1930, cada aposentado recebia, em média, Cr$ 12.113,67 por ano (I.E., cerca de mil cruzeiros por mês). Esta quantia caiu progressivamente ao longo do período, sendo de apenas Cr$ 3.742,51 anuais em 1945 (ou seja: Cr$ 331,88 mensais).

Com as pensões ocorre algo semelhante, embora menos intenso. Cada pensionista recebia em média cerca de 2.000 cruzeiros anuais em 1929-1930. Este valor deduziu-se à metade em 1944-45 (v. Tabela IX).

É pouco provável que tenha havido uma efetiva redução, em qualquer momento, do valor corrente dos benefícios pagos. No entanto, os dados acima indicam que se chegou a haver, ao contrário, algum aumento destes valores (correntes) no período, este aumento não foi suficiente para acompanhar a deterioração do valor real, produzida pela inflação (172,20% entre 1930 e 1945 como mostra a Tabela VI). Dito de outra forma, os segurados não conseguiram impor, nesse período, aumentos no valor dos benefícios pagos pela Previdência de maneira que se mantivessem, ao menos, com o mesmo valor real. Voltaremos mais adiante a essa questão.

Seguindo o mesmo procedimento, pode-se calcular também a "economia" produzida por este caráter restritivo do novo modelo de previdência. Se as instituições previdenciárias funcionassem, em 1945, segundo os mesmos critérios de 1930 (I.E. pagando por ano, em média, a seus aposentados o correspondente a Cr$ 12.113,67, em cruzeiros de 1976), sua despesa com aposentadorias teria sido naquele ano Cr$ 1.341.273.900,00 (em cruzeiros de 1976) e não de apenas .. Cr$ 414.386.289,00 como efetivamente ocorreu.(5)

Procuramos até agora, neste capítulo, demonstrar o fato de que no período 1930-1945 ocorreu uma progressiva e intensa diminuição, em termos relativos, das despesas da Previdência Social, tanto no que tange à assistência médica quanto aos benefícios pecuniários de longo prazo. E que essa mudança fazia reverter a tendência do período anterior à "repartição", com a criação de um novo modelo, mais rigidamente definido pelo "regime de capitalização".

Nossa hipótese, já apresentada e parcialmente defendida, parte desta mudança pode ser atribuída à própria evolução quantitativa do sistema, com seu crescimento rápido, e possivelmente a outros fatores externos ligados à composição da massa segurada, intervém também, no entanto, um outro fator de caráter mais propriamente político: a intenção consciente e explícita dos responsáveis pela Previdência Social brasileira no período de reorientar o modelo, no sentido de restrição dos gastos e da ênfase na poupança e investimento dos recursos. Passemos então a esta questão, procura-

do mostrar em primeiro lugar, como a legislação sobre Previdência Social no período 30-45 formalizou explicitamente esta reorientação.

A legislação sobre Previdência Social do período revela uma nítida preocupação restritiva em relação ao modelo anteriormente estabelecido. Seu aspecto mais importante neste sentido é a preocupação, antes inexistente, em distinguir a prestação de serviços (médicos e outros) dos benefícios pecuniários.

Vimos no capítulo anterior que os decretos de 1923 e 1926 definiam como atribuições obrigatórias das instituições previdenciárias, indiscriminadamente: a prestação de serviços médicos, (em 26 incluindo "hospitalares"); a venda de medicamentos "a preços especiais"; a concessão de aposentadorias; de pensões; e de outros benefícios menores (apresentados inclusive, nesta ordem, ocupando os serviços o primeiro lugar). Não havia, portanto, uma preocupação em distinguir o que só depois seria definido como "benefícios" e "serviços"; como "Previdência" e "Assistência" Sociais.

A legislação do período que se inicia em 30 procurou demarcar bem essa diferença. Num primeiro momento, passou a definir limites orçamentários máximos para as despesas com assistência médico-hospitalar e farmacêutica. Depois (o que é mais importante), chegou mesmo a estabelecer que apenas os benefícios pecuniários de longo prazo (aposentadorias e pensões) eram atribuições contratuais obrigatórias da Previdência Social, excluindo, portanto, a prestação de serviços médicos e outros , que só seriam prestados (ou não) em intensidade variáveis, de acordo com as "disponibilidades" das instituições (6).

Já em 1931, o Decreto nº 20.465 de 1º de outubro (que "Reforma a legislação das Caixas de Aposentadoria e Pensões"), em sua seção III ("Das obrigações das Caixas"), definia assim as atribuições das instituições previdenciárias:

> "Art. 23. Os associados que houverem contribuído para as receitas das Caixas com os descontos previstos nesta lei terão direito a:
>
> a) aposentadoria;
> b) pensão para os membros de suas famílias, nos termos do art. 31, em caso de morte.

> Parágrafo Único. Além dos benefícios declarados neste artigo terão as Caixas serviços médicos, hospitalares e farmacêuticos enquanto não houver legislação especial relativa a essas formas de assistência social, mas não poderão despender com esses serviços mais de 8% da sua receita anual total, apurada no exercício anterior, e sujeita a respectiva verba à aprovação do Conselho Nacional do Trabalho".

Já neste primeiro decreto, é nítida a mudança de enfoque do problema da assistência médica e similares na Previdência Social. De sua posição prioritária anterior, estes serviços foram relegados a um parágrafo adicional do artigo que define as atribuições das CAPs. Eram definidos agora como algo a conceder " além " daquelas atribuições. E mais: seriam concedidos "enquanto não houver legislação especial relativa" ao problema. Esta frase deve ser compreendida à luz da discussão que já se iniciava então sobre a conveniência de retirar a assistência médica do âmbito de Previdência Social (ver adiante) A "legislação especial" que o decreto prevê deveria proceder a esta transformação. Note-se ainda que os serviços médicos, hospitalares e farmacêuticos são chamados de "essas formas de assistência social", distinção terminológica que se começava a criar com o fito de distinguir "assistência social" de "Previdência Social": a primeira, vista como obrigação geral do Estado, de caráter universal, financiada pelos recursos tributários gerais da nação; e a segunda, como um mecanismo de "seguro social", que deveria restringir-se à concessão de benefícios pecuniários bem definidos, e apenas a contribuintes específicos do sistema (v. adiante) (7).

Como medida intermediária e transitória, o decreto estabelecia o teto de 8% da receita do exercício anterior para os gastos com assistência médica e complementares. Esse número não deve ter sido escolhido arbitrariamente ou como resultado dos complexos cálculos atuariais "isentos". Note-se (v. Tabela I) que, no ano anterior, as despesas com assistência médico-hospitalar haviam correspondido a 8,90% da receita. O teto de 8%, portanto, parece ter tido o propósito de fixar aquelas despesas em, no máximo, o nível a que já haviam atingido, contendo assim sua tendência à expansão (8).

Além disso, mesmo abaixo deste limite de 8%, a previsão de despesas com aqueles serviços e a respectiva verba ficavam sujeitadas à aprovação do Conselho Nacional do Trabalho, o que colocava claramente a possibilidade de restrição ainda maior, mesmo sob as novas regras de jogo estabelecidas pelo decreto.

Talvez possam parecer meramente formais as questões apontadas acima. Veremos a seguir que não. Pode-se perceber "em germe", no decreto de 1931, toda a nova mudança de postura quanto ao problema da prestação de "serviços" pela Previdência que dominará o período que se iniciava. É por isso, entre outros motivos, que este decreto marca, para nós, no âmbito da legislação, o início formal do período de que se ocupa este capítulo.

Prosseguindo com a análise da legislação relativa ao problema da assistência médica, o próximo decreto de importância é o de número 21.081, de 24.02.1932. Parece que o decreto anteriormente analisado suscitou reações por ser excessivamente restritivo (no aspecto acima discutido e em outros, como veremos adiante), de tal forma que um novo instrumento legal foi produzido 4 meses depois, alterando artigos do anterior, não na sua essência, mas apenas nos valores quantitativos.

O novo decreto começa com uma série de "consideranda" que expressam bem a sua intenção de atenuar parcialmente as medidas anteriores. Sobre o problema da assistência médica, diz ele:

> "Considerando que os diversos pedidos feitos ao Governo e ao Conselho Nacional de Trabalho sobre uma maior necessidade da quota orçamentária para os serviços médicos e hospitalares precisam ser atendidos, a fim de se evitarem perturbações nas organizações existentes; (...)"

Procura, então, modificar o artigo 23 do decreto anterior, do qual mantém a mesma redação, passando para 10% da receita o teto das despesas com serviços médicos e complementares. Mas acrescenta uma frase que reafirma suas preocupações restritivas:

> "Os serviços farmacêuticos consistirão no fornecimento de medicamentos pelo menor preço possível, nunca abaixo do custo, inclusive manipulação e transporte".

Assim, em relação aos medicamentos, o que era antes (em 1923 e 26) vagamente estabelecido como "preços especiais determinados pelo Conselho de Administração das Caixas", e assim deixado livre à decisão destas e às pressões a que estavam submetidas, é agora definido em termos quantitativos: as Caixas não podem perder dinheiro com este serviço, não podem subsidiar o preço dos medicamentos.

O Decreto nº 22.016, de 26/10/1932, que trata especificamente do "regulamento para a execução de socorros médicos e hospitalares das CAPs", continua demonstrando preocupações restritivas nesta área. O seu artigo 17 reafirma vigorosamente a obrigação de não superar o teto de despesa antes estabelecido, e busca criar instrumentos operacionais que possibilitem este controle, preventivamente:

> "A extensão e o modo de prestar os socorros previstos ne presente regulamento ficam estritamente condicionados às dotações orçamentárias de que dispuserem, respectivamente, as Caixas de Aposentadoria e Pensões e forem aprovados pelo Conselho Nacional do Trabalho, cumprindo as Juntas Administrativas das mesmas Caixas organizar anualmente, ouvido o diretor-médico, o plano que deve ser observado na prestação dos referidos socorros, de forma que não seja excedida a dotação de cada uma.
>
> Parágrafo Único. Para esse efeito, as Juntas, ao regularem o custeio dos serviços médicos e hospitalares, discriminarão, com a maior exatidão, o máximo das despesas que poderão ser realizadas com uns e outros".

O artigo 8º reafirma a restrição da assistência hospitalar

> "somente no caso de intervenção cirúrgicas que, pela sua natureza, não possam ser praticadas nos postos médicos das Caixas".

Seus parágrafos definem um limite de tempo de internação de 30 dias, "excepcionalmente" extensíveis a três meses, "desde que o permitam as possibilidades orçamentárias da Caixa", findos os quais "cessará qualquer responsabilidade da Caixa para com o associado hospitalizado"(9).

Em 1933, foi criado o primeiro Instituto de Aposentadoria e Pensões: o dos Marítimos (IAPM). Seu decreto de constituição (de nº 22.872, de 29/6) definia, no artigo 46, os "benefícios assegurados aos associados":

> "a) aposentadoria ordinária, ou por invalidez;
>
> b) pensão, em caso de morte, para as pessoas de suas famílias, ou para os beneficiários, na forma do art. 55;
>
> c) assistência médica e hospitalar, com internação até trinta dias;
>
> d) socorros farmacêuticos, mediante indenização, pelo preço do custo acrescido das despesas de administração. (...)
>
> § 2º - O custeio dos socorros mencionados na alínea 'c' não deverá exceder à importância correspondente ao total de 8% (oito por cento) da receita anual do Instituto, apurada no exercício anterior, sujeita a respectiva verba à aprovação do Conselho Nacional do Trabalho".

Pode-se perceber que, embora recolocando os serviços médico-hospitalares e farmacêuticos como "benefícios assegurados aos associados", junto às aposentadorias e pensões (se bem que mantendo a significativa inversão da ordem de apresentação), são incorporadas as disposições restritivas dos decretos anteriores: no teto máximo de despesas com assistência médica e hospitalar (mantido em 8%); na dependência de aprovação do CNT, mesmo dentro dos limites acima; no não subsídio ao preço dos medicamentos, nem ao menos o custeio das "despesas de administração" com esse serviço.

Em 1934, pelo Decreto nº 24.615, de 9/07, foi criado o IAP dos Bancários (IAPB). O artigo 1º, que define o Instituto e suas atribuições, assume uma posição ainda mais radical do que o decreto de 1931 em relação ao problema da prestação de serviços médicos e complementares nas instituições da Previdência Social. Diz o referido artigo que o IAPB é:

> "destinado a conceder aos seus associados os benefícios da aposentadoria e aos herdeiros o da pensão.

§ 1º - Além dos benefícios previstos neste artigo poderá o Instituto manter serviços de assistência médica, cirúrgica e hospitalar, subordinados à regulamentação especial, enquanto não houver legislação relativa a essa forma de assistência social".

Nessa maneira de formular o problema já se nota, explicitamente, e em toda a sua plenitude, a mudança de enfoque que o novo modelo de Previdência Social deste período assumia em relação à questão da assistência médica. Os "serviços de assistência médica, cirúrgica e hospitalar" absolutamente não são encarados como uma atribuição das instituições previdenciárias. Estas são "destinadas" a conceder aposentadoria e pensões. Este é o seu fim, sua atribuição específica, sua obrigação contratual para com os associados, sua natureza. Quase como uma concessão, "poderão (...) manter serviços de assistência médica", etc., dependentes de uma "regulamentação especial" à parte do regimento ordinário, apenas "enquanto não houver legislação relativa a essa forma de assistência social", ou seja, enquanto o Estado não tratar de assumir o que é visto como encargo exclusivamente seu e não das instituições de Previdência.

Coerentemente com tudo isso, nem mais uma palavra é dita no restante do decreto em relação à assistência médica ou similares, ou a qualquer outro tipo de serviços.

Mas estas tendências restritivas que estamos discutindo não tiveram um desenvolvimento linear, não-conflitivo, como já vemos oportunidade de ver, por exemplo, no relativo retrocesso que o decreto de 1932 representou com relação ao de 31. Da mesma forma, o Decreto nº 54 de 12/09/1934, que "aprova o Regulamento do IAPB", teve um caráter bem menos contencionista, sobre as questões até aqui discutidas do que o decreto de criação do Instituto.

Assim, rezava o seu artigo 2º:

"Destina-se o Instituto a conceder aposentadorias a seus associados e, por morte destes, pensão a mentar à família ou aos beneficiários respecti- bem como assegurar aos associados assistência caso de molestia ou de impedimento para o trabalho (...)".

E o artigo 62:

> "Os direitos assegurados aos associados do Instituto, (...) serão:
>
> a) assistência pecuniária (por motivo de impedimento ao trabalho), médica, cirúrgica e hospitalar (com internação até trinta dias);
>
> b) aposentadoria, por invalidez, ou ordinária;
>
> c) pensão, em caso de morte, para os beneficiários;
>
> d) socorros farmacêuticos, mediante indenização, pelo preço do custo, acrescido das despesas de administração; (...)".

O parágrafo 2º desse artigo mantinha o conceito de limite máximo de despesas (para os "socorros mencionados na alínea 'a'"), mas fixava este limite em 12% da receita do ano anterior.

O artigo 63 acrescentava:

> "A assistência médica, cirúrgica e hospitalar será prestada logo que forem devidamente organizados os respectivos serviços pela Junta Administrativa, com prévia aprovação do Conselho Nacional do Trabalho". (10).

Na lei que criou o IAP dos industriários (IAPI), - nº .. 367, de 31.12.1936 - ressurge, no entanto, o tom restritivo. Seu artigo 1º, que definia o Instituto, apresentava-o como:

> "tendo por fim principal conceder aposentadoria aos seus associados e pensão aos respectivos beneficiários".

E só.

O artigo 7º dizia o seguinte:

> "O Instituto concederá obrigatoriamente aos seus associados os seguintes benefícios:
>
> a) aposentadoria por invalidez (...)
>
> b) auxílio pecuniário aos associados incapacitados para o serviço por motivo de moléstias, excluídas as de origem profissional amparadas pela lei de acidentes (...);
>
> c) pensão (...)

> Parágrafo Único. Além desses benefícios, outros poderão ser concedidos nos termos do regulamento de que trata o art. 24, tais como assistência médica, cirúrgica e hospitalar, auxílio para maternidade, pecúlio, auxílio-funeral, sujeitos ou não a contribuição suplementar".

No caso do IAPI, esta colocação no condicional da possibilidade de prestação de assistência médica não teve apenas o sentido de explicitação de uma concepção não-assistencial da Previdência, como ocorreu nos demais Institutos que, de qualquer forma, começaram a estabelecer seus serviços, em diferentes graus, ainda no período em análise. No IAP dos Industriários, mais do que isso, teve efeitos concretos, quais sejam: a efetiva não criação de qualquer tipo de assistência médica, hospitalar ou farmacêutica nos 15 anos seguintes. Como veremos no próximo capítulo, só em 1950, em outras circunstâncias, em outra conjuntura, e mesmo assim apenas sob enorme pressão não somente dos associados mas até mesmo do Governo Federal, é que o IAPI, após muitas protelações, estabeleceria este tipo de serviço.

No que tange ao artigo do decreto acima citado, além das considerações já feitas na análise dos decretos anteriores, cabe chamar a atenção para o novo conceito, também de caráter restritivo, que ele introduzia: o de "contribuição suplementar" para a concessão de serviços e benefícios não considerados "obrigatórios" pelo Instituto. Tal idéia significava uma expressão concreta da maneira como estava sendo visto o problema: se estes serviços e benefícios não são "atribuições naturais" da Previdência, então é preciso pagar por eles.

O artigo 8º também introduz dois conceitos que serão a tônica das preocupações do novo modelo: "possibilidades atuariais" e "estabilidade do Instituto".

> "Os benefícios serão fixados no Regulamento de que trata o art. 24 dentro das possibilidades atuariais e ficarão sujeitos a revisão periódica de molde a se assegurar a plena estabilidade do Instituto".

Se, como foi discutido, o decreto de 1932 procurava impor uma contenção dos gastos nos limites das dotações orçamentári-

as definidas "a priori" por lei, este decreto ia mais longe. Esses limites não deviam ser estáveis, fixos, mas sim permanentemente variáveis em nome da preocupação central do período: a chamada "estabilidade" financeira das instituições previdenciárias, definida pelas "possibilidades atuariais", conceito que procurava fazer passar por técnicas e isentas de relatividade as decisões orçamentárias dos Institutos.

Mais adiante discutiremos as questões que estão envolvidas nesta aspiração aparentemente neutra e objetiva de "estabilidade" para as instituições da Previdência Social.

Em 27 de agosto do ano seguinte, o Decreto nº 1918 "aprova o regulamento do IAPI" mantendo, com outras palavras, as mesmas disposições da Lei de Constituição do Instituto acima apresentada. Veja-se o artigo 2º, no Capítulo I ("Do Instituto e seus fins"):

> "O Instituto tem por fim principal conceder os seguintes benefícios:
>
> a) aposentadoria, por invalidez, aos associados;
>
> b) auxílio pecuniário aos associados incapacitados temporariamente para o trabalho;
>
> c) pensão aos beneficiários;
>
> Parágrafo Único. É fim secundário do Instituto conceder aos seus associados, à proporção que sua situação financeira for permitido, e sem exclusão de outros que possam vir a ser igualmente concedidos, os seguintes benefícios, dependentes, ou não, de contribuição suplementar:
>
> a) auxílio - maternidade;
>
> b) auxílio para funeral;
>
> c) assistência médica, cirúrgica e hospitalar;
>
> d) pecúlio".

O IPASE ("Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado"), criado em 1938 a partir de instituições menores, estava referido, mais ainda do que o IAPB, a uma clientela com características bastante especiais: os "funcionários públicos". Esta categoria incluía não apenas os pequenos "barnabés", como também um grupo muito grande e heterogêneo que ia até altos funcionários do Executivo, Legislativo e Judiciário federais(11), grupo que, em seu conjunto, já estava há muito tempo, acostumado a rece-

ber as benesses do Estado [12]. Assim sendo, não é de surpreender que o seu decreto de criação (Decreto-Lei nº 288, de 23.02.1938) estabelecesse um modelo de funcionamento menos restritivo do que o de outros Institutos.

A diferença já começava no nome da Instituição: o IPASE seria um "Instituto de Previdência e Assistência", e não um "Instituto de Aposentadoria e Pensões" como os demais. Ao definir as atribuições do Instituto o artigo 2º do referido decreto, enfatizava este aspecto, explicitando a intenção de seus criadores, e mostrando não ser casual a diferença. Dizia o artigo:

> "O IPASE tem por objetivo realizar as funções de assistência aos servidores do Estado e praticar operações de previdência e assistência a favor de seus contribuintes".

Pode-se ver que, embora também fosse feita a distinção conceitual entre "previdência" e "assistência", ambas eram consideradas como "objeto", objetivo, fim, finalidade, atribuição obrigatória e original do Instituto. O IPASE era definido como um "órgão de assistência" (e previdência), onde a assistência era colocada como algo que "poderia" ser concedido em termos e em condições especiais e provisórias, mas sim como uma das atribuições primárias da Instituição.

Com relação aos efeitos concretos dos dois modelos, o IPASE parecia situar-se no extremo oposto do IAPI. Enquanto o "poderá" que figurava no decreto de criação deste último permaneceu como virtualidade por 14 anos, o IPASE pretendia já nascer com uma assistência médico-hospitalar estabelecida, pelo menos no Distrito Federal. O artigo 43 do seu decreto de fundação simplesmente determinava que:

> "O Hospital dos Funcionários Públicos passa a denominar-se Hospital dos Servidores do Estado".

E o artigo 45 estabelecia que este Hospital

> "dará assistência médica e dentária a seus (do IPASE) contribuintes e pessoas de suas famílias na forma que for estabelecido em seu regimento interno".

No entanto, apesar de tudo o que foi dito acima, nem o IPASE parece ter ficado imune às investidas das preocupações restritivas do período, como se pode perceber, em primeiro lugar, na mudança de tom do Decreto-Lei nº 2.865, de 12.02.1940, que finalmente aprovava o regulamento do Instituto. O artigo 2º definia as "finalidades" da instituição de maneira bem diferente da anterior, como se pode notar:

> "Art. 2º - Tem o IPASE por finalidade primordial realizar o seguro social do servidor do Estado, e ainda cooperar na solução de problemas de assistência que lhe sejam referentes".

Tomavam-se precauções mais concretas para que esse retorno da distinção de valor e importância entre "previdência" (seguro) e "assistência" não ficasse restrito apenas a uma declaração de intenções não operacionalizada e situada num artigo inicial, geral, de definição do Instituto. Assim, no capítulo dedicado à "gestão financeira" (cap. IV), seção I ("Do orçamento"), previa-se a decomposição deste em "quatro seções distintas", referentes cada uma delas respectivamente, às despesas com: "serviços de administração", "serviços de assistência", "aplicações de capitais", e "operações de seguro e da capitalização", sendo que, para cada uma destas: "sua execução (do orçamento) se sujeitará a normas e limitações diversas, conforme as seções" (ver artigo 33). Sobre a segunda seção, rezava o artigo 37:

> "Os serviços de Assistência, atendidos pelas dotações da segunda seção, serão custeados por um fundo especial constituído:
>
> a) pelas contribuições previstas em lei especialmente para esse fim, nas operações de seguro social;
>
> b) pelos saldos das dotações destinados a esse serviço e não utilizados;
>
> c) pela renda das aplicações feitas com capitais fornecidos pelo próprio fundo;
>
> d) pelas parcelas de lucros do IPASE que, na forma da alínea 'c' do art. 47 lhe sejam atribuídas;
>
> e) por donativos ao mesmo destinados".

Parece clara a intenção de circunscrever, muito rigidamente as despesas com assistência a um setor específico do orçamento, com suas próprias fontes de recursos (inclusive aplicações de capital à parte). Realizava-se, no concreto, a divisão do Instituto em duas partes autônomas, sem qualquer conexão orçamentária, respectivamente: a referente à "finalidade primordial" (seguro, benefícios pecuniários), e a referente à finalidade acessória, com a qual se deveria, no máximo, "cooperar" (assistência). Subjacente a esta separação, está a preocupação que nos parece central nos dirigentes previdenciários do período: a de que os gastos com assistência, com serviços - reivindicação permanente dos segurados - não colocassem em risco aquilo que denominavam "estabilidade" das instituições previdenciárias.

Acompanhando-se a legislação previdenciária, fica claro que a referida mudança de tom entre o decreto de criação do IPASE e sua regulamentação teve efeitos concretos sobre a questão da assistência médico-hospitalar. Assim, o "Hospital dos Servidores do Estado" que como vimos, já tinha até nome antes de 1938 (nome modificado neste ano), em 1943 (portanto, quase ao final do nosso período) ainda não havia sido instalado, como se pode depreender do Decreto-lei nº 5.211, de 20.01.1943, que dispunha sobre "as obras de construção do HSE", sua execução e fiscalização (ver artigos 1º e 3º).

Ainda em 1938, pelo Decreto-lei nº 651, de 26/08, foi criado o IAPTEC (IAP - dos "empregados em transportes e cargas"), a partir da "Caixa de Aposentadoria e Pensões dos Trabalhadores em Trapiches e Armazens". Suas disposições seguem o caráter restritivo da maioria dos decretos analisados anteriormente. Assim, o artigo 5º, que tratava das atribuições do Instituto, definia-as como sendo, exclusivamente:

"a) aposentadoria por velhice e invalidez;
b) pensão aos beneficiários dos associados ativos ou aposentados, que falecerem;
c) auxílio-funeral".

O parágrafo único deste artigo acrescentava, como das outras vezes, que:

> "Além dos benefícios a que este artigo se refere, outros poderão ser concedidos (...) inclusive assistência médica, cirúrgica e hospitalar, auxílio para maternidade, auxílio-enfermidade e pecúlio, sujeitos, ou não, a contribuição suplementar".

Como no caso do IAPI, o artigo 6º ressaltava que:

> "Os benefícios, concedidos (...) ficarão sujeitos a revisão periódica, de molde a se assegurar plena estabilidade do Instituto".

O IAPC (IAP dos Comerciários) reorganizado pelo Decreto-lei nº 2.122 de 9 de abril de 1940, também não se pautava por uma orientação restritiva em relação ao problema da assistência médica (13). De acordo com o artigo 1º daquele decreto, o Instituto era definido como tendo

> "por fim assegurar aos comerciários e aos profissionais à esses semelhados um regime de previdência e assistência social, na forma do regulamento a expedir".

E, enquanto os artigos 26 e 27 definiam os benefícios pecuniários que o Instituto deveria conceder, um outro artigo (o 33) determinava que:

> "O seguro-doença completar-se-á com a prestação de assistência médica, cirúrgica, hospitalar e farmacêutica, mediante contribuição suplementar, que venha a ser fixada para esse efeito (...)"

Para compreender esta situação, recorde-se da discussão já desenvolvida anteriormente sobre a especificidade da categoria dos comerciários (ao lado dos bancários e servidores do Estado).

Importantes áreas da assistência médico-hospitalar, que constituem hoje parcela muito significativa do volume de atendimentos, internações e recursos dispendidos pela medicina previdenciária, eram evitadas pelos Institutos e Caixas no período em discussão. Só em 1941 é que um Decreto-Lei (nº 3.138, de 24/03) determinou a "prestação de assistência médica, pelos Institutos e Caixas de Aposentadorias e Pensões, aos doentes mentais que forem seus segurados e associados". Mesmo assim, o parágrafo único do art. 1º abria exceções:

> "Os Institutos e Caixas que ainda não prestem assistência médico-hospitalar observarão as disposições do presente Decreto-lei quando da organização da referida assistência".

Ressalva que mostra, inclusive, que muitas instituições previdenciárias ainda não prestavam qualquer tipo de assistência médica, como era o caso, por exemplo, do IAPI.

O artigo 3º fazia outra ressalva importante:

> "As despesas com assistência de que trata o presente Decreto-lei correrão pelas verbas normais destinadas aos serviços médico-hospitalares dos Institutos e Caixas, observados os limites fixados na lei em vigor".

Embora o seu parágrafo único abrisse a possibilidade de que "quando as verbas autorizadas não bastarem", as instituições, "mediante justificação documentada", poderão "pedir o reforço necessário" (o qual, no entanto "não poderá ter outra qualquer aplicação"), isso não deixava de criar um novo instrumento de controle das despesas impostas aos Institutos.

Já em 1943, foi preciso que outro Decreto-lei (nº 5.772, de 24/08) "autorizasse"o IAPB "a custear, até o prazo máximo de um ano, a internação em estabelecimentos especializados dos seus segurados portadores de tuberculose pulmonar". Fazia, no entanto, a ressalva: "observado, porém, o disposto no § 2º do art. 62 do Decreto nº 54 de 12 de setembro de 1934", ou seja, as disposições sobre limites orçamentários de gastos com assistência médica e correlatos (12% da receita) do decreto de criação do Instituto.

Com o exposto acima parece claro que, embora com variações entre diferentes instituições previdenciárias e com oscilações no interior de cada uma delas, a legislação do período demonstra a tentativa de modificar, em um aspecto fundamental, o modelo anterior de Previdência Social. No período 23-30, as instituições de Previdência eram vistas como instituições de "Previdência" e "Assistência Social" indiscriminadamente. A legislação adotada entre 30 e 45 tentará modificar essa concepção, distinguindo e separando as duas atribuições, com a intenção evidente de minimizar os gastos

relativos à segunda, apresentada agora como algo que só provisória e muito superficialmente poderia ser "concedido"; e concedido não como atribuição específica e intrínseca da Previdência Social, mas sim como mera "colaboração" com o que é considerado então atribuição exclusiva do Estado.

Mesmo com relação aos benefícios pecuniários, - apresentados como "atribuição específica", "finalidade principal", etc., da Previdência, - a legislação do período tentou impor medidas de natureza restritiva (se bem que não no mesmo grau dos serviços), além de elevar progressivamente o valor das contribuições dos segurados (até então igual a 3% dos rendimentos). Passemos então a esta questão.

Já em dezembro de 1930, (apenas dois meses após a Revolução que marcou, para nós, no plano político mais geral, o início deste período da história da Previdência Social brasileira), começaram a ser adotadas medidas neste sentido. Um ano depois, Vargas referiu-se a essa questão da seguinte maneira:

> "O exame meticuloso e contínuo da situação financeira das Caixas, cujas despesas têm aumentado de modo considerável, deu margem a que se verificasse ser a mesma precaria e reclamar a adoção de providência pronta e eficaz, que lhes garantisse melhor funcionamento. Em vista disso, o Governo resolveu, como medida de emergência, até que seja reformulada a legislação a respeito, suspender, pelos Decretos nºs. 19.554, de 31 de dezembro de .. 1930, e 20.048, de 28 de maio último (1931), a concessão das aposentadorias ordinárias e extraordinárias, permitindo, apenas, a das que se concedem por invalidez e as pensões a herdeiros".(13.a)

Suspensão das aposentadorias ordinárias (por idade ou tempo de serviço), -- disse de - principal e mais oneroso benefício da Previdência Social, assumida como "medida de emergência" e, portanto, teoricamente, em caráter temporário. Mas, como veremos, essa medida seria mais tarde incorporada ao Regulamento de diversas instituições de Previdência no período em análise.

Em 1º de outubro de 1931, foi promovida uma extensa "reforma da legislação das Caixas de Aposentadoria e Pensões", através do Decreto nº 20.465, que tinha exatamente este subtítulo, e ao qual já fizemos referência acima no que tange às suas disposições sobre assistência médica. Este decreto assumia diversas outras medidas de caráter contencionista. Seu artigo 25 reintroduzia o duplo critério de idade e tempo de serviço para a concessão de aposentadorias ordinárias (respectivamente: 50 a 30 anos), que formalmente fora abolido pelo decreto de 1926 (embora, como já foi discutido, na prática houvesse apenas reduzido a idade-limite a 48 anos). O parágrafo 8º do mesmo artigo estabelecia a aposentadoria compulsória aos 65 anos ("desde que o tempo de serviço não seja inferior aos 10 anos"), com a "importância respectiva (...) calculada na razão de 1/30 por ano de serviço", o que impedia que os segurados nesta situação (já protegidos pela lei da estabilidade) alcançassem o tempo de serviço necessário para o recebimento de aposentadoria no seu valor total.

O parágrafo 9º previa a possibilidade de que os benefícios não fossem concedidos nos valores definidos pelo próprio decreto

> "quando ficar devidamente comprovada, a juízo do CNT e com recurso para o Ministro do Trabalho, Indústria e Comércio, a impossibilidade do pagamento integral, decorrente de razões de ordem atuarial, econômica e política".

Soa muito estranha essa deliberação, que permitia – pelo menos em tese – à Previdência fraudar compromissos estabelecidos com os contribuintes, por motivos absolutamente independentes da vontade destes e definidos por critérios bastante sujeitos à subjetividade, para dizer o mínimo. O correto seria por exemplo, atribuir ao Estado a obrigação de cobrir eventuais deficits das Caixas.

O parágrafo 11 excluía do cálculo do valor das aposentadorias aos aumentos salariais ocorridos até um ano antes da concessão destas. Pode-se imaginar que a medida se fundamentasse em intenções "moralizantes", mas na prática resultava que as aposentadorias ficavam ainda mais defasadas do que com frequência, já estavam dos rendimentos do segurado ao se aposentar. O parágrafo 12 do

mesmo artigo impunha descontos sobre as aposentadorias com valor superior a 600$000 mensais, segundo uma tabela pela qual estes descontos variavam entre 3 e 15% da diferença entre 600 mil rêis e o valor da aposentadoria.

Além dessas medidas restritivas sobre o valor das aposentadorias, o decreto continha outras medidas negativas do ponto de vista dos associados. O seu artigo 8º, alínea "a", estabelecia o valor da contribuição dos segurados como uma percentagem do salário não mais fixa, como anteriormente (3%, nos decretos anteriores), e, sim variável em função do montante geral atingido pelas despesas da Caixa no ano anterior:

> "3% quando a despesa não atingir a 50% da receita. 4% quando atingir a 50%, 5% quando atingir a 70% e 6% quando atingir 80%".

Pelos dados da Tabela I, pode-se ver que, já no ano do decreto, esta disposição fazia aumentar, em média para 4% do salário a contribuição dos segurados (já que a razão despesa/receita para o conjunto das Caixas em 1930 fora igual a 64,71%). Se após 1930 prosseguisse o crescimento das despesas no ritmo do período anterior, este percentual logo alcançaria valores mais elevados.

Essa mudança no critério de determinação do valor das contribuições dos segurados, além dos efeitos concretos imediatos mencionados acima, tem para nós uma importância mais geral, de caráter doutrinário, que deve ser assinalada. Ao instituir o percentual da contribuição como variável em função da despesa em lugar do percentual fixo, o legislador, a nosso ver, expressava bem o espírito daquilo que vimos apontando como característica marcante desse período: o esforço de reorientação para a "capitalização" de um modelo de Previdência Social que caminhava no sentido da "repartição". E mais: expressava "o espírito" dessa reorientação não em abstrato, e sim, o que é mais importante, através de medidas concretas. Já que as determinações do artigo em discussão diziam, em síntese, o seguinte: as despesas jamais deveriam se aproximar da receita. Quando crescessem as primeiras, aumentar-se-ia automaticamente o valor das contribuições, logo, a receita total [14].

Outra medida "negativa" do mesmo decreto era a mudança no critério de cálculo do valor das aposentadorias ordinárias (logo, também das pensões, mantidas como 50% daqueles (v. art. 32). Como foi discutido no capítulo anterior, os decretos do período 23-30 haviam estabelecido um modelo de cálculo que tinha certo sentido redistributivo, ao prever valores de benefícios que cresciam em proporção inversa aos salários (em termos percentuais). Este modelo era agora desfeito: um único índice percentual sobre o salário passava a definir o valor dos benefícios em cada Caixa por três anos. Dizia assim o artigo 25:

> "Aposentadoria ordinária (...) corresponderá ao coeficiente de 70% a 100% da média dos vencimentos dos três últimos anos de serviço (...).
>
> § 1º - A percentagem variável, a que se refere este artigo, será proposta trienalmente pelas Caixas de acordo com cálculos e previsões que submeterão à apreciação do Conselho Nacional do Trabalho, para ser usada nos três anos seguintes à sua aprovação pelo mesmo Conselho (...)".

Esta determinação não deve ter tido efeito sobre o montante das despesas com benefícios, pois, como vimos anteriormente (v. Tabelas III e V), os valores das aposentadorias também oscilavam no período anterior a 30 aproximadamente em torno dos mesmos percentuais do salário. O que queremos frisar, no entanto, é o efeito exercido pelo novo modelo sobre a distribuição destes gastos entre os beneficiários de diferentes níveis de renda prévia.

O Decreto nº 21.081, de 24.02.1932, (já discutido em relação à assistência médica) como vimos explicitava nos seus "considerandа" iniciais o propósito de atenuar o rigor das determinações do decreto anterior. Vimos as medidas adotadas nesse sentido a respeito do teto de despesas com serviços médicos (aumentado de 8 para 10%). Em relação à nova maneira de calcular a contribuição dos segurados, dizia ele:

> "Considerando que, na elaboração dos orçamentos das Caixas de Aposentadorias e Pensões, para 1932, o Conselho Nacional do Trabalho verificou que a aplicação do art. 8º, letra 'a', com a redação que foi

> dada, tem tal rigidez que, em muitos casos, pode exigir dos contribuintes mais do que é necessário:
>
> Considerando que, na depressão econômica e financeira que atravessamos, é sábio restringir as contribuições, embora diminuindo vantagens";

determinava então uma nova maneira de efetuar o cálculo, definindo a contribuição dos segurados como "uma percentagem variável de 3 a 5% sobre o que perceberam mensalmente", a ser proposta por cada Caixa anualmente ao CNT quando da apresentação de seu projeto de orçamento, em função de sua "situação financeira" (aliás, com isso não se provocava mudanças quantitativas substanciais em relação ao modelo de cálculo anterior).

Já no âmbito dos benefícios pecuniários, a única modificação introduzida por este decreto tinha caráter restritivo: diminuía o teto máximo do valor das aposentadorias concedidas pelas Caixas de 3 para 2 contos de réis (modificando o artigo 25, parágrafo 6º), e o das pensões de 1,5 para 1 conto (modificando o artigo 32).

A legislação que criava o IAPM também era marcada por fortes medidas de natureza restritiva. O decreto de constituição do Instituto (nº 22.872, de 29.06.1933), mantendo a exigência de 30 anos de serviço, elevava para 55 anos a idade mínima para a concessão de aposentadoria ordinária (artigo 47). Ou seja, aumentava em cinco anos esta idade em comparação com a legislação sobre as Caixas vigente até este momento. Pode-se imaginar o efeito que isto produziria em termos de diminuição do número de aposentadorias a serem concedidas.

Se não bastasse isso, em 10.05.1934 foi promulgado o Decreto nº 24.222, referente ao mesmo Instituto, que aumentava ainda mais (de 55 para 60 anos) a idade mínima para aposentadoria, mantendo o critério dos 30 anos de serviço. E, além do mais, exigia, "exame de sanidade comprovador da impossibilidade do exercício da respectiva profissão" (v. art. 10).

Esta última medida é muito importante, porque revolucionava totalmente o conceito de "aposentadoria" até então vigente na Previdência Social brasileira. Este benefício era compreendido, até aquele momento, como um direito do segurado, que lhe era pago

automaticamente após alcançar certa idade e/ou tempo de serviço e de contribuição, isto é, como algo a que ordinariamente teria direito (exceção única dada pela morte). Tal fato era defendido, em com argumentos legais (pagara as contribuições para tanto), ora em argumentos "morais" vinculados a uma certa concepção humanitária de Estado (seu "dever" de garantir o descanso daqueles que haviam "trabalhado pela sociedade", etc. (v. CHAVES, op.cit.).

Ora, após o referido decreto, a "aposentadoria", estendida neste sentido, deixava de ser concedida pelo IAPM. O que passava a ter este nome era, na verdade, apenas a aposentadoria por invalidez, não ordinária, não automática após certa idade e/ou tempo de serviços, mas sim algo extraordinário, dependente de uma eventual invalidez do segurado.

Considerando que a aposentadoria sempre foi um dos itens de maior peso nas despesas da Previdência (v. Tabela I), é fácil imaginar a importância que tiveram estas modificações para a restrição de despesas do IAPM, ao reduzir de muito o número de aposentadorias concedidas por aquele Instituto.

Além disso, dentre os benefícios e serviços previstos (aposentadoria, pensões, assistência médica e hospitalar e socorros farmacêuticos), não constavam três benefícios presentes no modelo dos CAPs anterior a 30: o do serviço militar, o auxílio-funeral e o pecúlio. (v. Quadro I que compara o plano de benefícios e serviços dos diferentes IAPs com a situação anterior a 30).

O decreto da fundação do Instituto e o decreto analisado em sequência a ele não definiam, como anteriormente era praxe na legislação sobre as Caixas, a forma de cálculo do valor das aposentadorias. Ao invés disso, rezava o artigo 116 do primeiro decreto:

> "O Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio nomeará uma comissão, composta de três técnicos, no máximo, para proceder ao estudo atuarial do plano de aposentadorias e pensões de que trata este decreto, mediante o levantamento da estatística dos associados do Instituto e pessoas de suas famílias".

Inaugurava-se, assim, a prática (que seria seguida adiante por outros Institutos) de transferir para os laboratórios secretos de tecnocratas a atribuição de definir, de uma maneira que se pretendia "científica", coeficientes antes decididos no âmbito legislativo (ou seja, explicitamente político).

Com isso, torna-se, além do mais, impossível para nós comparar aqui estes valores com os correspondentes ao período anterior (v. adiante).

De qualquer forma, o decreto de fundação do Instituto, em seu artigo 67, estabelecia também (como já o fizera o decreto de 1932 relativo às CAPs) o teto máximo das aposentadorias em 2 contos de réis.

A alínea "f" do artigo 11º mandava ainda descontar das aposentadorias uma "contribuição dos aposentados" (como no decreto de 1931) no valor de 1,5% da aposentadoria. O artigo 63, por sua vez, continha a esdrúxula disposição de reduzir à metade a aposentadoria devida ao "associado que houver sido demitido do serviço da empresa, por falta grave, ou condenado por sentença definitiva de que resulte perda do emprego" (!?).

Como única medida "liberal" em relação à legislação anterior, a que cria o IAPM mantinha em 3% dos vencimentos o valor da contribuição dos empregados, retornando, neste único aspecto, ao modelo anterior a 30.

Os decretos de criação e regulamentação do IAPB (v. respectivamente, Dec. nº 24.615, de 9/7 e Dec. nº 54, de 12.9.1934) introduziam nele novos benefícios não "tradicionais" tais como: auxílio-doença (1/2 do salário, no período de afastamento do serviço entre 30 dias e 1 ano após o afastamento); "auxílio-maternidade", para as seguradas (1/2 do salário nas 4 semanas anteriores e 4 posteriores ao parto); "bonificação" (20% dos rendimentos em período semelhante ao auxílio anterior) nos casos de parto de esposa de segurado, quando ela não tivesse emprego remunerado; e auxílio-detenção (1/2 da aposentadoria por invalidez a que teria direito o segurado) paga a beneciário deste, caso existissem. Forneceria ainda o Instituto fiança do aluguel da moradia, e era mantido o auxílio-funeral, criado antes de 30. Mas não vigente no IAPM.

Trata-se de medidas que têm um sentido oposto à orien
ção restritiva que temos procurado apontar como mais caracterís
ca do período. Não tanto pelo seu significado quantitativo (já q
se tratava de benefícios de curta duração e pequeno valor), mas p
se colocar em oposição à tendência a restringir a Previdência So
cial ao pagamento de aposentadorias e pensões. No entanto, est
amplo espectro de benefícios ficaria restrito, no período, aos pri
vilegiados bancários, acompanhados de perto apenas pelos comerciá-
rios. Por outro lado, em relação ao modelo anterior a 30, tinha
sido eliminados o pecúlio e o auxílio para o serviço militar (v.
Quadro I).

Quanto ao valor dos beneficiários "tradicionais", os re-
feridos decretos seguem a prática, inaugurado pelo IAPM, de não es
tabelecê-los, como antes, em lei. Fica apenas definida a exigê
cia simultânea de 50 anos de idade e 30 de serviço para aposentad
ria ordinária, devendo os valores em dinheiro ser posteriormente a
tribuídos "segundo coeficiente percentual a fixar atuarialmente"
(v. artigo 17 do Regulamento).

O valor da contribuição dos segurados também foi elev
em relação ao período anterior, sendo fixado entre 4 e 7% dos ren-
dimentos mensais, de acordo com a faixa salarial. Modificou-se
cálculo da contribuição das empresas que não era mais feito sob
a renda bruta destas, e sim como percentual (9%) dos vencimento
mensais do conjunto dos empregados. Esta forma de cálculo (que de
pois se generalizaria, sendo atualmente empregada pelo INPS) tinha
uma diferença importante em relação à anterior, pois passava a de-
pender, em última instância, não mais da lucratividade da empre
e sim da política salarial.

A esta altura, tínhamos então diferentes disposições, en
tre as diversas Caixas e Institutos, relativas à contribuição do
empregados. A Lei nº 159, de 30.12.1935, procurou regularizar es
ta situação, estabelecendo aquela contribuição como variável en
3 e 8% dos vencimentos, até o limite máximo de 2:000$000, "confor
me exigir a situação de cada Instituto ou Caixa", e a ser "fixad
pelo Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio, mediante prop
ta do Conselho Atuarial (do Ministério) e ouvida a Junta Admini
trativa da Caixa interessada".

A legislação que criou e regulamentou o IAPI (Lei nº 367, de 31.12.1936, e Decreto nº 1918, de 27.08.1937) era também bastante restritiva no plano dos benefícios. Chama a atenção, em primeiro lugar e principalmente, o fato de (como o IAPM) não conceder aposentadorias por idade nem por tempo de serviço, mas apenas por invalidez. E aqui isto é explicitado com todas as letras. Já reproduzimos neste capítulo (na parte referente à assistência médica). Ambos apresentavam como atribuições "obrigatórias" do Instituto apenas: "aposentadoria, por invalidez, aos associados"; auxílio-doença e pensões. A primeira era definida nos seguintes termos:

> "(...) àqueles que, após 18 meses de contribuição, forem julgados totalmente incapazes para o serviço, por perda ou lesão de órgão ou funções essenciais à vida ou ao trabalho, ou redução de mais de 2/3 de sua capacidade normal para o trabalho, por prazo excedente a um ano".

Como vimos, os referidos artigos, com uma série de restrições ("como fim secundário do Instituto", "a proporção que sua situação financeira fosse permitindo", e "sujeitos ou não a contribuição suplementar"), falavam na possível concessão futura de outros benefícios e serviços que eram citados: "a) auxílio-maternidade; b) auxílio para funeral; c) assistência médica, cirúrgica e hospitalar; d) pecúlio". Note-se que nem uma palavra é dita sobre o benefício mais importante e dispendioso da legislação anterior: a aposentadoria ordinária, por idade e/ou tempo de serviço. Tudo o que foi dito a este respeito sobre o IAPM cabe igualmente aqui.

Em relação ao plano total de benefícios e serviços, compare-se, no Quadro I, o deste Instituto com o do modelo anterior a 30, ou o do IAPB.

O cálculo do valor da aposentadoria (por invalidez) era feito não como nas Caixas, sobre o valor do salário, mas sim sobre o montante das contribuições já pagas pelo segurado, da seguinte forma:

"Art. 48. Para os associados com tempo de segu superior a 36 meses, a importância mensal da ap sentadoria corresponderá à soma das seguintes pa tes:

a) 28% do total das contribuições pagas nos 36 m ses anteriores à data em que foi requerida aposentadoria;

b) 10 vezes a média das contribuições pagas pel associado desde a sua entrada para o Institut até à data em que for requerida a aposentad (...)

Art. 49. Para os associados com tempo de segu igual ou inferior a 36 meses, a importância me sal da aposentadoria será igual a 55% do total d contribuições pagas até a data em que for a mes requerida".

Com isso, em termos doutrinários ocorria uma nova modi cação no sentido da "aposentadoria", além daquela já discutida respeito do IAPM. Até aqui, a aposentadoria, definida como prop cional aos salários, era pensada como um benefício destinado a ga rantir uma parcela significativa da renda habitual do segurado. No novo critério introduzido no IAPI, passava a ter outro sentido: a mera restituição de parte daquilo que o segurado acumulara ante riormente [15]. Como se verá mais adiante, esta distinção marca duas visões diversas do problema do "seguro social".

Ressalte-se por outro lado, a bem da verdade, que estas disposições sobre aposentadoria por invalidez no IAPI eram mais "li berais" do que as suas correspondentes no decreto de 1926, que, co mo vimos, só concedia este tipo de aposentadoria aos segurados c mais de cinco anos de serviço, exceto em caso de acidentes de tra balho. E determinava que o seu valor seria de "tantos 30 avos quan tos forem os anos de serviço, da aposentadoria ordinária" (art. 7 (16). No entanto, a maior liberalidade na concessão de aposenta rias por invalidez não poderia de forma alguma compensar os efei tos financeiros produzidos pela eliminação da aposentadoria ordi nária.

Além do mais, a aposentadoria ainda era taxada por "contribuição mensal dos associados aposentados (...) correspon te a uma percentagem igual a que estiver em vigor para os associa dos ativos". Taxa idêntica era imposta também aos que estivessem recebendo auxílio-doença (!) (artigo 26, alínea IV).

A forma de cálculo das contribuições dos empregados no IAPI já foi apresentada na nota anterior. A contribuição das empresas seguia o modelo do IAPB (medida sobre os salários e não sobre a renda bruta), tendo porém valor percentual menor do que aquela, já que deveria ser "igual ao total das quotas pagas, durante o mês por seus empregados" (art. 26, alínea II do Regulamento). Portanto, oscilaria, como estas, entre 3 e 8% dos salários, conforme arbitrasse o MTIC para o quinquênio.

Seguindo a ordem (cronológica) da legislação sobre Previdência Social no período em análise, o Instituto criado a seguir foi o IPASE. No seu decreto-lei de criação (nº 288, de 23/02/1938), o plano de benefícios incluía apenas "aposentadoria", "pensões" e "pecúlio" (artigos 5 a 8). A aposentadoria destinava-se a todos os "contribuintes obrigatórios" do IPASE (definidos no artigo 3º), com diferenças entre eles no que se referia ao período de carência:

> a) sem prazo de carência aos "funcionários civis, efetivos, interinos ou em comissão" (art.5º); e
>
> b) após dois anos de serviços aos "extranumerários que executem serviços de natureza permanente" e aos "empregados do próprio Instituto" (art.6º).

Não ficava definido o que se entendia por "aposentadoria", a não ser por uma vaga indicação -- na forma regulada pela legislação em vigor" (?) (artigos 5 e 6 - o que não nos permite saber se a "aposentadoria" a que se refere o decreto era a ordinária (por idade e/ou tempo de serviço) ou apenas por invalidez (como no IAPM e IAPI). O artigo 7º levanta esta suspeita quando, após os dois artigos que tratam da aposentadoria no Instituto, diz:

> "O processo de verificação de invalidez e os exames necessários constarão do regulamento que for expedido para execução desta Lei".

Mais de três anos depois, em 28/10/1941, o Decreto-Lei nº 3.768 definiria as condições de aposentadoria para o pessoal extranumerário:

> a) por idade aos 68 anos (!) ("ou a que, para determinados casos for fixada em lei especial")

b) por invalidez, ou "quando forem atacados de tuberculose ativa, alienação mental, neoplasia maligna, cegueira, lepra ou paralisia que os impeça de se locomover".

As pensões eram de dois tipos:

"a) pensão vitalícia, (ao) cônjuge sobrevivente, do sexo feminino, ou do sexo masculino, se se tratar de inválido, ou maior de 68 anos de idade, não estando em gozo de pensão ou de aposentadoria;

b) pensão, (a) cada filho legítimo ou legitimado, de menos de 21 anos, até que atinja esta idade, ou enteado nas mesmas condições". (art.89)

Deveriam ser pagas, simultaneamente, ao cônjuge e a cada filho que estivesse nas condições acima, ou seja, não eram mutuamente exclusivas como na legislação anterior que sempre estabelecia uma linha de sucessão para pensões. Esse era um aspecto da legislação do IPASE, aparentemente mais "liberal" do que o modelo anterior a 30. Mas, na verdade, a soma do valor das pensões previstas era mais ou menos igual ao valor da pensão única anterior, como se verá adiante.

O terceiro benefício previsto era o "pecúlio em dinheiro a pessoa designada pelo contribuinte" (art. 8º), que já estava presente na legislação anterior a 30, e que os outros Institutos haviam eliminado (v. Quadro I).

Assim, apesar das características especiais apontadas anteriormente na população referida ao IPASE, o seu plano inicial de benefícios e serviços também apresentava características bastante restritas em relação ao modelo anterior a 30. (17)

Além disso, estes benefícios não começaram a ser concedidos imediatamente em 1938. O seu valor não era estabelecido no decreto de criação do Instituto, que remetia o problema para o Regulamento a ser expedido posteriormente (art. 9), e que só foi promulgado mais de dois anos depois, pelo Decreto nº 2.865, de ..... 02/12/1940, mas, novamente sem definir a questão. Aliás, dentre os 105 que compõem o decreto, um único artigo trata ou melhor, na prática, não trata) do problema, que deveria ser a "finalidade primor

dial" do Instituto, no dizer do próprio Regulamento, como já vimos. Este artigo, a que se resumia a Seção I ("Do Seguro Social") do Capítulo II ("Das atividades do IPASE"), dizia:

> "O seguro social realizado pelo IPASE, em relação a quaisquer grupos de servidores do Estado, será regulado em cada caso por lei especial, onde serão fixados encargos e benefícios" (18).

Só no ano seguinte, em 12/06/41, surgiu a primeira destas aguardadas "leis especiais": o Decreto-lei nº 3.347 que "Institui o regime de benefícios de família dos segurados do IPASE e dá outras providências". Seu artigo 1º, rezava:

> "Fica instituído nos termos deste decreto-lei, o regime de benefícios de família dos segurados do IPASE compreendendo pensões mensais e pecúlio, como modalidade do seguro social a que se refere o artigo 2º do Decreto-lei nº 2.865, de 12 de dezembro de 1940" (isto é, o Regulamento citado acima).

Assim, somente em julho de 1941 o IPASE instituiu o seu plano de pensões e pecúlio. E, como vimos, só em outubro do mesmo ano surgiria a regulamentação de aposentadoria do pessoal extranumerário.

O decreto-lei de junho trazia anexa uma tabela para o cálculo do valor das pensões (vitalícia e temporária) e do pecúlio, reproduzida na Tabela X. Dessa forma, para o Instituto é possível fazer uma comparação aproximada do problema com o modelo anterior a 30. A comparação, no entanto, só pode ser feita em termos aproximados, na medida que os critérios de cálculo são distintos. Como vimos anteriormente, pela legislação anterior a 30 a pensão era única, correspondente a 50% da aposentadoria, e era calculada exclusivamente em função do salário do segurado. Já no IPASE, ela era dividida em vitalícia (para o cônjuge) e temporária(s) (para o(s) filho(s)), sendo cada uma destas proporcional não apenas ao salário mas também à idade do segurado quando de sua inscrição no Instituto (19). (v. artigo 5º). Dessa maneira, o montante total pago como pensão pelo falecimento de um dado associado dependia, simultaneamente: de seu salário anterior; da idade com que se inscreve-

ra no Instituto; do número de beneficiários que deixara; e ainda da idade de seu(s) filho(s) (menos de 6 anos; entre 6 e 12; entre 12 e 21) (v. Tabela X).

O texto por nós consultado não reproduz a tabela anexa ao decreto de outubro de 41 que dispunha sobre a aposentadoria do pessoal extranumerário. Assim, ficamos sabendo apenas que o cálculo do valor destas aposentadorias era feito em função, (também simultaneamente): da idade do servidor quando de sua inscrição no Instituto; do tempo de serviço; e do salário.

O valor das contribuições dos empregados também era elevado em relação ao modelo anterior a 1930. O decreto de criação do Instituto fixava-o entre 4 e 7% dos vencimentos, dependendo da faixa salarial. O decreto-lei de 1941, que instituía os "benefícios de família", mandava cobrar, apenas para ter direito a estes benefícios, "5% sobre o salário-base", sendo que este "salário-base" correspondia ao salário mensal para os extranumerários e incluía "gratificação de função e quotas" para os funcionários efetivos (v. art. 7º).

O IAPETC foi criado em 26/08/1938 pelo Decreto-Lei nº 651. Seu plano inicial de benefícios também se restringia a aposentadoria ("por velhice ou invalidez"), pensão e auxílio-funeral (art. 5º). Tal como na legislação do IAPI, um parágrafo deste artigo indicava a "possibilidade" futura de concessão de outros benefícios (v. Quadro I).

O cálculo do valor destes benefícios também ficava por ser fixado posteriormente (segundo o artigo 6º), em regulamento a ser expedido, o qual não nos foi possível obter.

O valor das contribuições dos empregados deveria oscilar entre 3 e 8% dos vencimentos, mas o decreto não se referia à maneira de estabelecer este índice (art. 4º, item 1). A contribuição das empregas deveria ser igual à do conjunto de seus empregados (v. art. 4º, item 2).

Vejamos, por último, o caso do IAPC. Este Instituto foi criado em 1934, mas não dispomos da legislação que estabeleceu seu plano inicial de benefícios. Um decreto-lei de 1940 (nº 1982, de 26 de janeiro) "prorroga o prazo de vigência do regime transitório

do IAPC", sem, no entanto, reproduzir este regime. Apenas ordenava que:

> "Art. 2º. No período de prorrogação de que trata o artigo anterior, serão unicamente concedidos os benefícios previstos no parágrafo único do art. 77 do regulamento, aprovado pelo decreto número 183, de 26 de dezembro de 1934".

Outro Decreto-lei do mesmo ano (nº 2.122, de 9 de abril), "Reorganiza o Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Comerciários". Com esta reorganização, o Instituto passaria a contar com um plano bastante amplo de benefícios, próximo ao do IAPB, que incluia: "seguro-doença"; "seguro-invalidez", "seguro-velhice", e "seguro por morte" (art. 26); e ainda "pecúlio"; auxílio-natalidade"; e "auxílio-funeral" (art. 27) (v. Quadro I).

Rezava o artigo 31:

> "A forma de concessão das prestações dos seguros e auxílios e a fixação dos respectivos coeficientes serão estabelecidos em regulamento, ficando sujeitos a uma revisão trienal, por ato do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio, mediante proposta do Conselho Atuarial".

O valor das contribuições dos empregados poderia oscilar entre 3 e 8% dos vencimentos (art. 18, alínea "a"), cabendo ao MTIC fixar esta percentagem trienalmente, a partir de proposta da Administração do Instituto, "ouvido o Conselho Atuarial" (art. 19). Os empregadores contribuiriam com um montante mensal igual ao do total das contribuições de seus empregados.

Ainda em 1940, foi estabelecida uma outra disposição restritiva importante, com vigência sobre todos os Institutos e Caixas: a elevação, em todas as instituições de Previdência em que isso ainda não vigorasse, do teto mínimo de idade para aposentadoria para 60 anos. É interessante observar o que dispõe, neste sentido, o Decreto-lei nº 2.474, de 5/4:

> "O Presidente da República, considerando que as instituições de previdência social se acham grandemente oneradas com as aposentadorias ordinárias concedidas segundo as normas atuais, donde a urgente necessidade de remediar a situação até que

> se resolva, em caráter definitivo, à vista do resultado dos estudos a que se vem procedendo para a modificação do plano de benefícios, a fim de adaptá-los aos princípios constitucionais, propiciando provavelmente a transformação da aposentadoria ordinária em aposentadoria de velhice e a melhoria das quotas da aposentadoria por invalidez e das pensões, e usando da faculdade que lhe confere o art. 180 da Constituição, decreta:
>
> Art. 1º - Fica suspensa, até à decretação de novo plano de benefícios para as instituições de previdência social, a concessão, pelos Institutos e Caixas de Aposentadoria e Pensões subordinados ao Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio, de toda aposentadoria que não seja por motivo de invalidez a associado, ou segurado, que conte menos de 60 (sessenta) anos de idade".

Soam muito estranhas as considerações introdutórias deste decreto-lei, se observamos os dados referentes aos anos de .... 1939/40 nas Tabelas I, II, VII e VIII deste trabalho. Estes anos registram, exatamente, o ponto mínimo das despesas com aposentadoria por parte da Previdência Social brasileira desde a sua fundação, seja como percentual da receita (Tabela I), seja como valores reais por segurado (Tabela VII). Verifica-se também um baixo percentual de concessão de benefícios (Tabelas II e VIII).

É necessário considerar, ainda, um outro aspecto da legislação posterior a 30 e do modelo de Previdência que ela institui, que, à primeira vista, tem um sentido aparentemente oposto à tendência restritiva que procuramos realçar no período em análise. Ocorre que, já a partir do decreto de 1931 que tomamos como marco inicial do período no plano legislativo, nas Caixas e, depois, em todos os IAPs foram constituídos programas de construção de casas para venda aos associados e/ou de empréstimos aos mesmos para compra da casa própria (v. legislação, in VALERIUS, op.cit.).

Trata-se, evidentemente, de um traço significativo do modelo de Previdência Social brasileiro deste período, quando nossas instituições previdenciárias ingressam num campo totalmente novo, – o da habitação popular – questão que estaria, a partir daí, e por muitos anos, intimamente associada à idéia de Previdência Social entre nós.

No entanto, consideramos que esta prática não tinha as mesmas características das concessões de benefícios e serviços que estamos discutindo. Os serviços médico-hospitalares e farmacêuticos, bem como os diversos benefícios pecuniários eram concedidos automaticamente aos segurados, exclusivamente em função de suas contribuições ordinárias e compulsórias anteriores. O mero fato de ser contribuinte de um dado Instituto ou Caixa assegurava ao empregado o direito automático ao plano de benefícios e serviços concedidos por aquela instituição, sem qualquer ônus adicional. Além disso, ser contribuinte não era uma opção, e sim uma imposição legal.

Os programas habitacionais desenvolvidos a partir de 1931 pela Previdência Social brasileira não se enquadravam nesta mesma lógica. Os segurados não recebiam casas em conseqüência do fato de serem contribuintes, como ocorria com os demais serviços e benefícios em função das contribuições ordinárias já pagas. A instituição vendia as casas aos segurados ou lhes concedia empréstimos para comprá-las de outros proprietários ou para construí-las. Em ambos os casos, contudo, isto implicava no pagamento da habitação ou na reposição do empréstimo, a prazo e com os juros correspondentes. Além do mais, eram programas a que o segurado aderia ou não, voluntariamente, portanto à parte da vida ordinária do "seguro social". O mesmo raciocínio se aplica a outros programas estabelecidos na mesma época de empréstimos para fins diversos (sob garantia hipotecária e/ou do desconto "em folha" do pagamento das parcelas de restituição).

A maneira como estes programas habitacionais e de empréstimos eram apresentados na legislação dá bem conta do que foi dito. Não figuravam nunca nos capítulos e seções relativos a benefícios ou a assistência, e sim na parte referente a "aplicações do capital", "junto a outras formas de aplicação. Eram considerados não como parte do programa de "seguro social", ou de "assistência social", mas como forma de aplicação financeira das reservas das instituições previdenciárias. Vejamos um exemplo:

Decreto nº 22.872, de 29/06/1933, que cria o IAPM:

"Capítulo II - Da receita e suas aplicações.

(...)

(...) Seção II - Da aplicação da receita.

Art. 23 - As importâncias arrecadadas pelo Instituto serão depositadas em conta especial no Banco do Brasil, reservadas as importâncias necessárias aos gastos normais durante o mês.

Parágrafo único - Sem prejuízo da disposição anterior e mediante proposta do Presidente do Instituto, aprovada pelo respectivo Conselho Administrativo, os recursos disponíveis deverão ser aplicados de forma que se obtenha deles o maior rendimento possível:

a) em títulos de renda federal;

b) na construção de casas para os associados, mediante hipoteca e descontos mensais, e na aquisição ou construção de edifício para sede definitiva do Instituto;

c) em empréstimo aos associados, mediante garantia e consignação em folha de pagamento".

Como já vimos, as disposições relativas aos benefícios pecuniários e serviços assistenciais contidas neste decreto figuram mais adiante, em outro capítulo ("Capítulo V - Dos benefícios assegurados aos associados").

Seria ocioso reproduzir aqui as disposições correspondentes à questão na legislação dos demais Institutos, dado que todas têm o mesmo teor (v. artigo 51 do Regulamento do IAPB; artigo 69 da lei de criação do IAPI; art. 42 do seu Regulamento; art. 89 do decreto-lei de criação do IAPETC; art. 24 da referida reorganização do IAPC em 1940; art. 39 do Regulamento do IPASE). A única particularidade (formal) de alguns destes artigos consiste em dizer que as aplicações de capital do Instituto devem visar não apenas "a maior lucratividade possível", mas também "o interesse social dos segurados", nunca porém em detrimento da primeira condição [20].

Além das medidas de restrição ao valor e à amplitude dos planos de benefícios e serviços e da elevação da contribuição dos segurados, uma outra modificação importante, foi introduzida pela legislação do período em análise, referente às fontes de financiamento da previdência.

Por se tratar de uma questão que, como veremos, está articulada às anteriores, nos deteremos mais em sua análise. Com isso completaremos o estudo da legislação previdenciária do período, para depois retomar o problema da contenção de despesas, procurando mostrar que se tratava de um processo intencionalmente posto em marcha pelos técnicos e dirigentes previdenciários da época — e que não era, portanto, efeito "natural", previsível, de um sistema de Previdência Social em certa fase de sua evolução.

Como vimos no capítulo anterior, no modelo de Previdência Social vigente entre 1923 e 1930, as fontes eram as contribuições dos empregados, dos empregadores, e dos consumidores diretos dos bens e/ou serviços fornecidos pelas empresas envolvidas. No período que estamos discutindo agora, este último elemento foi progressivamente substituído por uma "contribuição do Estado", passando, assim, a ser mais "socializada", ou seja, deixando de ser arrecadada exclusivamente dos consumidores daquelas empresas para ser mais distribuída pelo conjunto do mercado, na forma de tarifas mais gerais "de Previdência Social" que incidiam sobre diferentes bens e serviços.

Um primeiro passo neste sentido foi dado com o já citado decreto que, na letra "c" do artigo 8º, impunha como uma das fontes de receita das Caixas:

> "uma contribuição do Estado, proveniente de aumento das tarifas, taxas ou preços dos serviços explorados pela empresa, e cujo produto não será inferior à contribuição desta".

Depois de se referir à contribuição das empresas, definida como "1 1/2 da sua renda bruta", o decreto acrescentava o seguinte (art. 8º, letra "d"):

> "mas que não será inferior ao produto da contribuição dos associados ativos, a que se refere a letra 'a'".

Ficava, assim, constituído o famoso sistema "tri-partite" paritário de contribuição para a Previdência, reunindo associados, empregados e Estado, arcando com parcelas iguais. Este sistema se

ria incorporado pela Constituição Federal de 1934 (art. 121, § 1º, clínea "h") e mantido (no plano formal-legal, mas nem sempre na prática, como veremos nos capítulos seguintes) pela legislação relativa a todos os IAPs e CAPs a partir daí. (v. VALERIUS, op.cit.). Si foi desfeito, formalmente, após a unificação no INPS.

Como se pode ver no artigo do decreto reproduzido acima, a "contribuição do Estado (apesar do nome) ainda provinha, efetivamente, dos consumidores dos bens ou serviços das empresas envolvidas, os quais paravam o aumento das tarifas, taxas ou preços" determinado pelo mesmo decreto. Ou seja, neste aspecto eram mantidas as determinações da legislação anterior. O artigo 10 remarcava tal caráter:

> "A taxa prevista na letra 'e' do artigo 8º será cobrada com a denominação de 'quota de Previdência' e recairá sobre os elementos de receita da empresa suscetíveis deste aumento, excluídas as rendas que, por sua natureza, não possam ou não devam ser oneradas, a critério do governo".

O dado novo que o decreto aduzia à questão era a exigência de que a "contribuição do Estado" "não fosse inferior" à dos empregados e empregadores.

Ao invés de determinar o valor da "quota de Previdência", como o fazia a legislação anterior (1,5% sobre as tarifas em 1923 e 2% em 1926), a atual definia apenas o montante que a arrecadação precisava alcançar, deixando indefinido o valor da "quota". Face ao crescimento da massa de associados, e também, como vimos, ao aumento dos percentuais de contribuição sobre o salário imposto pela legislação posterior a 30, tendia a se elevar consideravelmente o valor da contribuição devida pelo Estado, e logo as suas fontes: as "quotas de Previdência" sobre bens e serviços. Isto provocaria, em última análise, o aumento dos preços destes bens e serviços (elevação de preços das ferrovias, estiva, etc.) com consequências políticas e econômicas consideráveis [21].

A alternativa logo buscada foi a de, ao invés de elevar indefinidamente as "quotas", "socializar" um pouco mais a arrecadação de recursos para a "contribuição da União", recorrendo-se a outras fontes que não as referidas. Assim, o decreto de criação

do IAPM, (1933), que mantinha o regime tri-partite de contribuição (art. 11) e definia a "quota de Previdência" como de 2% sobre os serviços, (art. 12), rezava em seu artigo 14:

> "Quando se verificar que esta arrecadação (das quotas de Previdência") é inferior à importância da contribuição dos associados na forma das alíneas 'a' e 'd' do art. 11, o governo Federal responderá perante o Instituto pela respectiva diferença".

Desta forma, pela primeira vez, embora ainda com caráter apenas potencial, a arrecadação de recursos para constituir a "contribuição da União" poderia deixar de ser feita exclusivamente através das quotas de previdência", ou seja, através das taxas acrescidas ao preço dos bens e/ou serviços das empresas diretamente envolvidas. Em outras palavras, poderia deixar de onerar exclusivamente os consumidores destas empresas. Quando necessário a União retiraria de outros setores do orçamento (não definidos por enquanto) recursos para complementar os provenientes das "quotas", de modo a cumprir sua parcela paritária na contribuição tri-partite, sem provocar no entanto, aumentos excessivos nos preços dos bens e/ou serviços taxados.

A decisão de "socializar" a arrecadação de recursos para o pagamento da "quota da União" destinada ao IAPM logo seria estendida às demais instituições previdenciárias e operacionalizada com a definição das novas fontes de recursos adicionais.

Isto foi assegurado pela Lei nº 159, de 30/12/1935, que regulamentava os dispositivos constitucionais de 34 sobre a. matéria ("Regula a contribuição para a formação da receita dos Institutos e Caixas de Aposentadoria e Pensões subordinados ao Conselho nacional do Trabalho e dá outras providências").

O artigo 1º determinava a adoção do regime tri-partite paritário em todas as instituições de Previdência:

> "Art. 1º - A contribuição dos empregados, dos empregadores e da União, para a formação da receita dos Institutos subordinados ao Conselho Nacional do Trabalho, será igual, na forma do art. 121, § 1º, alínea 'h', da Constituição Federal, obrigatória e fixada para cada instituição nos termos desta lei".

O artigo 4º, por sua vez, estabelecia a origem dos recursos com os quais a União efetivaria sua parcela da contribuição. Deveriam provir de duas fontes:

a) a "quota de previdência", já existente, criada pela legislação anterior, sobre os preços dos bens e/ou serviços das empresas envolvidas (incluindo agora também "as Caixas Econômicas", com desconto de 2% sobre todos os juros pagos ou creditados em contas com saldo superior a dez contos de réis. v. art. 7º); e

b) uma novidade de tom "socializante" da arrecadação: uma "taxa de previdência", correspondente a

> "uma porcentagem de 2% sobre o pagamento, qualquer que seja a sua modalidade, de artigos importados no exterior, excetuando-se, para esse fim, o combustível e o trigo".

Ou seja, aproveitando as dificuldades financeiras que o país atravessava no momento e a conseqüente necessidade de conter as importações (ver discussão adiante nesse capítulo), o Estado criava uma outra fonte de recursos para a sua contribuição à Previdência: um imposto sobre as importações em geral, pago, em última instância, de maneira indireta, por grande parte do mercado consumidor, que, nas condições do Brasil de 1935, era dependente, para quase tudo, de bens de origem externa).

Segundo o artigo 8º da Lei em discussão, os recursos oriundos da recém-criada "taxa de previdência" sobre importações destinavam-se, em primeiro lugar, ao pagamento da contribuição da União aos demais Institutos e Caixas.

Além dessas duas fontes ordinárias, o artigo 9º determinava a possibilidade de recurso extraordinário a outros setores do orçamento do Estado, quando a arrecadação da "taxa" e das "quotas" de previdência não fossem suficientes para cobrir a contribuição da União a todas as instituições previdenciárias. Nesta situação:

> "(...) o Conselho Nacional do Trabalho, a quem compete essa verificação, providenciará, por intermédio do Ministro do Trabalho, Indústria e Comércio para que seja feito o reforço da verba criada pelo artigo 8º, providenciando o governo da União os meios necessários para isso de forma a ser cumprido o que determina a Constituição(...)".

Ficaram, assim, definidas da seguinte forma as fontes de arrecadação de recursos para constituir a "contribuição da União":

1 - ordinárias

1.1 - "quotas de Previdência" (cobradas aos consumidores diretos das empresas envolvidas).

1.2 - "taxa de Previdência" (sobre as importações em geral e, portanto, cobrada ao conjunto do mercado).

2 - extraordinárias

(a ser retiradas de outros setores do orçamento).

Em 09/06/1936 foi promulgado o Decreto nº 890 que "Aprova o regulamento pelo qual ter-se-á de reger a execução da Lei nº 159, de 30 de dezembro de 1935". O regulamento anexo manteve as disposições acima (v. capítulo III: "Da Contribuição da União").

No entanto, além disso, especificava (nos capítulos IV a VIII) a mecânica de coleta e redistribuição daqueles recursos acima referidos, introduzindo, com isso, novas transformações na participação do Estado no sistema de financiamento da Previdência Social no Brasil. Estas novas medidas eram as seguintes:

1. todas as "quotas" e "taxas" de Previdência" seriam recolhidas pelas respectivas empresas a uma mesma conta especial do MTIC no Banco do Brasil (22).

2. Constituir-se, então, um "pool" financeiro, por meio do qual o Ministério pagaria a cada IAP ou Caixa a respectiva "contribuição da União".

3. O saldo restante (quando ocorresse), juntamente com outros recursos (provenientes de multas por infrações à legislação previdenciária ou de outras "subvenções dos poderes públicos"), passaria a constituir um "Fundo Geral de Garantia e Compensação das Caixas e Institutos de Aposentadoria e Pensões" (art. 24), com a finalidade de cobrir eventuais deficits de qualquer Instituto ou Caixa.

4. No intervalo, os recursos do "Fundo" seriam aplicados em investimentos rentáveis pelo CNT.

Desta maneira, rompia-se de vez, também nesse particular, com o modelo anterior a 1930. Àquela época, como vimos, em que inclusive inexistia o Ministério do Trabalho, cada empresa depositava periodicamente todas as contribuições (a sua, a dos empregados, a dos consumidores e demais contribuições) diretamente na conta da respectiva Caixa. Tratava-se, portanto, de uma relação entre empresas e Caixas exclusivamente. Relação que qualificamos de "neo-liberal", sem a presença do Estado, o qual funcionava, também aqui, apenas como órgão normatizador.

Agora, ao contrário, o Estado (através do MTIC) passava a funcionar efetivamente como intermediário entre os consumidores (pagantes das "quotas" e "taxas") e a Previdência. E não apenas com funções burocráticas, de reunir e redistribuir os recursos daí provenientes, mas também (teoricamente) como uma espécie de "tampão": conforme o caso, recolhia excedentes a um "Fundo" por ele gerido ou ao contrário, injetava recursos provenientes de outros setores do orçamento (sendo que a segunda alternativa ficou, como veremos, meramente no plano das hipóteses).

Este fato, aliado à já referida "socialização" da contribuição dos consumidores, é que nos leva a dizer que a "contribuição do Estado", expressão cunhada em 1921, não passa inicialmente de uma mera mudança de nome da contribuição dos consumidores. Mas logo passa a corresponder a uma modificação efetiva no sistema de financiamento da Previdência Social, introduzindo, então, de fato, o Estado no seu bojo.

Só que... com um sentido paradoxal. Oposto ao que se poderia esperar em princípio. Distinto do que sugere o seu aspecto formal.

O surgimento de uma "contribuição da União", ou do "Estado", sugere, em princípio, até pela sua denominação (que tem um apelo ideológico evidente), um avanço no sentido da ruptura do caráter "neo-liberal" que apontamos na Previdência dos anos 20. Aparentemente, agora "o Estado" seria o responsável por um terço dos recursos destinados à Previdência.

Mas na prática (como se verá adiante) o recolhimento, pelo Estado, de quotas e taxas "de Previdência" sob o argumento de que se destinavam a financiar, em parte, a Previdência Social dos

trabalhadores foi uma balela. Na medida em que o Estado, burlando inclusive dispositivos constitucionais, não efetivava nunca sua contribuição à Previdência nos montantes legalmente estabelecidos (valores iguais às contribuições dos empregados e dos empregadores ). Ou seja: não repassava, senão muito irregular e parcialmente, os recursos que arrecadava a título de "quotas" e "taxas de Previdência", dando a esses recursos outras destinações.

A tal ponto chegou este processo no período que, ao seu final, em 1945, a dívida acumulada pela União com as instituições previdenciárias já montava a Cr$ 839.541.052,10 (22.a). Para se ter uma idéia do significado desta cifra, observe-se que ela corresponde a aproximadamente 85% da despesa total do conjunto das instituições de Previdência no mesmo ano (v. Tabela I).

Dessa forma, longe de se constituir em avanço, em desafogo financeiro para as instituições previdenciárias (como parecia a princípio) as transformações que apontamos acima no sistema de financiamento da Previdência com o surgimento da chamada "contribuição do Estado", resultaram no contrário. As Instituições de Previdência agora não recebiam mais, depositados diretamente pelas empresas em suas contas correntes, nem mesmo o valor das "quotas de Previdência", como ocorria antes. Agora estes recursos passavam, em primeiro lugar, pelo Estado, uma vez que eram depositados, juntamente com as "taxas" e multas, na conta do MTIC no Banco do Brasil. E a devolução, sob a forma de "contribuição" paritária estipulada legalmente, não se fazia, senão de maneira irregular e parcial, acumulando-se; dessa maneira, dívidas crônicas e crescentes da União para com os Institutos e Caixas, como veremos adiante.

As transformações acima apontadas, ao invés de representarem um novo aporte de recursos à Previdência, acabaram desviando desta para o Estado uma considerável fonte financeira já existente (as "quotas" e multas). Além de outra recém-criada, também em nome da Previdência, tendo esta como justificativa ideológica de um novo imposto (as "taxas" sobre importações). Ou seja, em nome da Previdência, foi criado um poderoso mecanismo de acumulação de capital no interior do Estado, que, na prática, só parcialmente atendia aos propósitos originais e teóricos.

Portanto, como veremos mais adiante neste capítulo, as reformulações acima apontadas no sistema de financiamento da Previdência Social posteriores a 30 não estavam, como poderia parecer a princípio, em oposição às medidas anteriormente analisadas de contenção de despesas e de elevação das contribuições dos empregados. Ao contrário, faziam parte do que nos parece ser uma mesma lógica da história da Previdência neste período.

Não avançam no sentido da ruptura do caráter "neo-liberal" da Previdência no pré-30, como parecia sugerir o aparecimento de uma "contribuição do Estado", paritária e mais "socializada" entre os consumidores. Ao contrário, procedem, na prática, a um agravamento desse caráter, na medida em que quase retiram o terceiro elemento componente do tripé financeiro original da Previdência: os consumidores (ou, como queiram, "o Estado"), fazendo com que as instituições de Previdência Social passassem a depender agora quase que exclusivamente de empregados e empregadores, com o que se constitui, efetivamente um modelo "liberal", embora compulsório, de Previdência.

Além disso, com esse processo não era explícito e sim, ao contrário, ocultado no plano formal-legal, a arrecadação de quotas e taxas teoricamente "de Previdêncai" fornecia ao Estado a justificativa ideológica necessária para constituir, em nome da Previdência Social, um novo e rico canal de acumulação, orientado posteriormente para outros fins.

Em síntese: o Estado não apenas mantinha um mecanismo neo-liberal de resposta às pressões que recebia das classes trabalhadoras em relação a certos setores da Política Social (benefícios pecuniários e assistência médica) de maneira alternativa à concessão por ele próprio desses benefícios e serviços, mas, também, aparentando participar efetiva e paritariamente do sistema tri-partite de financiamento da Previdência, mantinha para si as vantagens políticas, ideológicas e econômicas desta pseudo-participação.

Mas retornemos à discussão das medidas de contenção de despesas na Previdência Social no período em questão. Convém, em primeiro lugar, recordar o que se discutiu até aqui sobre isso neste capítulo:

1) A observação dos dados quantitativos sobre o orçamento e a evolução da massa segurada e beneficiária nos mostraram que, nos anos posteriores a 1930, ocorreu uma diminuição nas despesas da Previdência Social brasileira, quer medida como percentual da receita, quer como valores reais "per capita", com o conseqüente crescimento das reservas.

2) Uma tentativa de análise mais acurada destes dados, bem como da legislação sobre Previdência do período, nos sugere fortemente a hipótese de que tal diminuição não se deveu simplesmente à mera evolução "natural", previsível, do sistema de Previdência Social após seu período de implantação, mas sim que houve, além disso, um esforço ativo e consciente de contenção de despesas por parte dos dirigentes previdenciários. Esforço de reversão do sentido em que se encaminhava o sistema, de modificação de suas bases de funcionamento.

Tais intenções inicialmente não eram explicitadas de maneira formal, num discurso teórico organizado sobre a questão, como viria a ocorrer mais tarde (nos anos 40). O que nos obrigou a recorrer à análise de seus efeitos concretos sobre o orçamento, e a procurar extrair da legislação tais idéias nela implícitas. Ou mesmo explícitas mas neste caso apenas de maneira fragmentária e "prática".

Mais adiante, neste capítulo, procuraremos demonstrar como, a partir de certo momento, foram explicitadas estas intenções. Mas antes vejamos porque tal coisa se deu. Para depois discutir o que nos parecem ser os móveis mais profundos do processo de contenção, como as condições políticas que o propiciaram. Finalmente retomaremos, a partir daí, a problemática mais específica da assistência médica previdenciária no período em questão.

Desde o início, as medidas já apontadas de contenção de despesas e aumento das contribuições dos empregados provocaram protestos e manifestações contrárias por parte destes. A crise política que gerou a Revolução de 30 e a temporária indefinição das re

lações de poder e hegemonia nos anos que se seguem imediatamente, assim como os propósitos manifestados pelo novo regime de buscar ampliar sua base de apoio incluindo nela as classes trabalhadoras urbanas criaram a possibilidade de um novo surto de manifestações destes setores, entre os anos 30 e 35 (23).

Um fator adicional era a crise econômica, que já vinha do final da década passada, provocando desemprego e queda dos salários. (ibid.)

Nas freqüentes greves e manifestações ocorridas nestes anos, o tema da Previdência Social veio muitas vezes à tona, como se pode notar nas citações a seguir:

> "(...) em fevereiro (de 1932) (...) é a (greve) da Estrada de Ferro São Paulo RAILWAY, chamada também de Santos-Jundiaí. Iniciada no dia 1º do mês, é motivada pelo aumento de contribuição para as Caixas de Pensões e Aposentadorias, de acordo com o decreto do Ministério do Trabalho, promulgado no fim de 1931 e que começa a vigorar em janeiro de 1932. Segundo a lei, a taxa passa de 3% para, conforme o caso, de 7 a 10%. Aproveitando-se da situação, os ferroviários pedem que a Estrada integralize 200 horas de serviço por mês e aumente 5% nos salários. (...) os grevistas ampliam seu movimento para o interior, fazem assembléias e entregam suas reivindicações a Getúlio Vargas. Com a paralisação total e as demarches, o Ministério do Trabalho intervém e a greve é vitoriosa. O acordo entre o General Mendonça Lima e a Estrada de Ferro estipula: as contribuições serão pagas na base das horas reais de trabalho e não pelo desconto médio de 200 horas atrasadas; e as taxas são estipuladas na base de 6 a 7% e não mais entre 7 e 10%". (CARONE, op.cit.).

> "Em outra ocasião (notícia de fevereiro de 1932) são os sindicatos dos ferroviários e portuários, do Rio, que levam memorial a Getúlio Vargas, contra a taxa de Pensões e Aposentadorias" (CARONE, op.cit.).

> "Em abril (de 1934) (24), os marítimos fazem greve de advertência para obrigar o governo a ampliar a lei dos marítimos, tornando-a extensiva a outras categorias não incluídas: pedem aposentadoria aos 35 anos de trabalho, aos doentes, e maior flexibilidade do Instituto de Aposentadoria".

> "Em junho (de 1934) (...), em São Paulo, começa movimento bancário a favor do seu Instituto de Pensões e Aposentadoria cujo anteprojeto está com o Ministério do Trabalho. A reivindicação consiste na aposentadoria aos 30 anos de serviço, estabili-

dade no emprego após um ano de serviço e bonificação dos bancos aos seus empregados de 3% sobre o lucro bruto. Com o apoio da Coligação dos Sindicatos Proletários de São Paulo, os bancários ameaçam fazer greve se não forem atendidos, até que, dias depois, paralisam o trabalho em São Paulo e Santos". (CARONE, op.cit.).

"Em julho (de 1934) são os marítimos do Rio que fazem novo movimento paredista e conseguem que o Capitão Alencastro Guimarães saia do Instituto de Pensões e Aposentadoria". (CARONE, op.cit.).

"Em São Paulo, às vésperas das eleições estaduais de 1934, o sindicalismo livre encontrava forças para se reunir em coligação e definir um programa mínimo a ser submetido aos candidatos que merecessem a confiança do voto operário. O programa combinava reivindicações econômicas e políticas (...) Vários itens são dedicados à legislação social, quer pleiteando-se novos benefícios, quer exigindo o imediato cumprimento da matéria já regulamentada pelo governo". (VIANNA, op.cit.).

Pode-se perceber, no conteúdo das reivindicações, como seus objetos são exatamente as medidas de contenção que apontamos anteriormente na legislação do período: pela diminuição do valor das contribuições; pela ampliação das leis previdenciárias; pela aposentadoria por tempo de serviço; pelo auxílio-doença; por "maior flexibilidade" dos Institutos; etc. Frente a estas manifestações, fica mais fácil compreender agora o porquê de algumas idas e vindas anteriormente apontadas por nós nas medidas restritivas da legislação previdenciária destes anos, assim como sua heterogeneidade entre as diferentes instituições.

Mas nosso propósito ao apresentar estes fatos é o de procurar compreender porque, num dado momento, as teses restritivas passam a ser explicitadas e defendidas por técnicos e dirigentes previdenciários.

No clima relativamente "aberto" dos anos 20-35, desenvolvia-se um debate de caráter <u>político</u> sobre as questões previdenciárias. As intenções do Estado de restringir as despesas (por motivos que discutiremos adiante) contrapunha-se os segurados, em defesa de seus interesses. E desse choque resultavam as marchas e contra-marchas do processo, como vimos.

Mas os anos 1935/37, momento [illegible] radical na forma das relações entre o primeiro governo [illegible] e as classes trabalhadoras, interferiram também nesta situação:

> "O movimento grevista e operário fica tolhido após a revolta aliancista de novembro de 1935. A repressão policial e burguesa aproveita-se da situação para fechar os sindicatos mais independentes e as prisões enchem-se de líderes operários que nada têm a ver com os acontecimentos revolucionários. Entre 1936 e 1937 não se registra nenhuma greve, pois a Lei de Segurança Nacional, Estado de Sítio e Estado de Guerra são 'argumentos' de força contra qualquer pretensão. As prisões e intimidações levam ao recuo operário, o que, por sua vez, permite ao Ministério do Trabalho começar a substituir gradativamente a verdadeira liderança sindical operária. Os 'pelegos', isto é, os operários de confiança do governo tornam-se os representantes 'oficiais' do proletariado. Este processo, que é tênue entre 1935-1937, acaba sendo total durante o Estado Novo. Desta maneira, para o operariado, o Estado Novo começa em novembro de 1935". (CARONE, op.cit. v., no mesmo sentido, VIANNA, op.cit.).

Desaparece então, neste processo, toda a possibilidade de continuação da resistência organizada dos segurados às medidas de natureza contencionista na Previdência Social, que prosseguem, agora, sem empecilhos.

Contudo, dada a baixa relação despesa/receita da Previdência em todo o período posterior a 30, os superavits que vinham sendo acumulados desde 1923 tinham constituído já um respeitável patrimônio nestas instituições. Em 1938/39, como vimos, estes superavits ultrapassavam 70% da receita (v. Tabela I). E, com isso, a riqueza da Previdência Social começava a chamar a atenção, como se verá nas citações reproduzidas mais adiante.

Apesar do clima repressivo instaurado após 35 impedir qualquer manifestação aberta neste sentido, a insatisfação dos segurados era evidente. Como justificar a manutenção de medidas contencionistas, a resistência à ampliação do alcance e dos valores dos planos de benefícios e serviços, se a Previdência dispunha de grandes reservas e realizava investimentos em área não "social" (como se verá)?

Estas questões é que, aparentemente, determinam, então, a necessidade de explicitar e defender as teses contencionistas. Só que, agora, como costuma acontecer nos regimes de natureza autoritária, esta questão fundamentalmente política era apresentada como se fora algo meramente "técnico", objetivo e indiscutível.

Como vimos no início deste capítulo, os problemas da forma, amplitude e valor das prestações e dos benefícios e serviços nos sistemas de Previdência Social são questões de natureza essencialmente política, ao contrário do que ocorre no seguro privado, comercial. Em outras palavras: quem vai pagar (empregados, empregadores, consumidores, "Estado") e quanto pela Previdência; quanto se vai gastar no total e com cada benefício e serviço; que amplitude terão os planos, são questões cuja decisão depende essencialmente do poder de barganha de cada um dos elementos envolvidos no jogo. O surgimento da Previdência Social foi resolvido desta forma, - às características do seu primeiro modelo, entre 1923 e 1930 também; bem como a questão da "contenção", colocada após 30, e ainda a sua afirmação após 35.

Mas o movimento de explicitação, organização e defesa das teses contencionistas, realizado por dirigentes e técnicos previdenciários a partir de 1940, pretendia fazer crer o contrário. Ou seja, a Previdência não cobra menos dos trabalhadores nem gasta mais com eles simplesmente porque não pode. E isso é um " dado ", técnico, atuarialmente definível. Quem não o compreende e aceita é "ignorante das leis atuariais" ou "mal intencionado"... (ver adiante).

Produz (ou melhor, assume) e defende, então, o que estamos chamando de "teoria do Seguro Social" ou "modelo de capitalização".

Além das condições políticas acima analisadas (a nosso ver o fator fundamental desse processo), o surgimento do IAPI em 1938, com o grupo de técnicos gabaritados que reuniu em seu interior, foi outro elemento importante para que as teses contencionistas passassem a ser organizadas de forma mais explícita e sistemática. No entanto, repetimos, o próprio surgimento do Instituto, com as características que assumiu (v. adiante), deve muito também às

características políticas da conjuntura (pós-35) em que foi criado, ao contrário dos demais IAPs que o antecederam (o IAPETC e o IPASE também nasceram em 38, porém, como vimos, tratava-se, na verdade, em ambos os casos, da mera aglutinação de instituições previdenciárias menores pré-existentes).

Antes de passarmos a analisar textos representativos do movimento e das idéias contencionistas, convém tratar um pouco de seus autores, importante grupo gerador de idéias (e de ações) no interior da Previdência Social brasileira, cuja influência (e muitas vezes presença) persiste ainda hoje.

É importante procurar compreender quem eram esses homens, o que representavam e porque estavam concentrados no IAPI, de onde serão retirados, em sua maioria, os textos analisados mais adiante.

Organizando, explicitando e defendendo as idéias contencionistas, e dando, assim, origem a um arcabouço teórico razoavelmente sistematizado sobre Previdência Social (vista da perspectiva do "seguro"), surgiram, a partir de 40, técnicos e dirigentes de instituições previdenciárias, aos quais denominamos "intelectuais (orgânicos) do aparelho previdenciário", homens que, desde então, e alguns até hoje, passariam a assumir importantes postos nessas instituições e, mais tarde, em outros setores da administração pública (como Plínio Catanhede ou Hélio Beltrão, além dos referidos na citação a seguir) (25).

Correspondem ao que MALLOY (op.cit.) denominou "Os Novos Tecnocratas". E sobre sua presença à frente da Previdência Social brasileira no período, diz aquele autor, em capítulo com o mesmo nome:

"As raizes da tecnocracia ligada à Previdência Social encontram-se no Conselho do Trabalho criado em 1923. Em 1930 o Conselho integrava o Ministério do Trabalho e funcionava como um dos principais organismos consultivos atuarial (destinado a definir as linhas mestras do sistema, baseado fundamentalmente em princípios atuariais desenvolvidos na esfera de seguros privados. Por conseguinte desenvolveu-se no Ministério um grupo de advogados especializados em seguro social, tomado como sendo atuarial, além de outros especialistas na ar-

Entre os mais destacados especialistas oriundos destes ramos do Ministério do Trabalho estavam Geraldo Baptista, Moacir Cardoso de Oliveira, Arnaldo Sussekind e Anibal Pinto. Todos desempenharam, e continuam a desempenhar, importantes papéis na política previdenciária, assim como em outras áreas da política pública".

Por características específicas do IAP dos Industriários, de que MALLOY nos falará a seguir, esses "intelectuais" concentraram-se preferencialmente naquele Instituto. O que dá motivo, inclusive, a que GENTILE DE MELO, com sua habitual ironia, denomine aos que dentre eles ainda hoje militam na Previdência Social de "cardeais do IAPI" (v. os artigos publicados periodicamente por esse autor in "Folha de São Paulo", 1977/78).

Ouçamos MALLOY a respeito (op.cit.):

"Um outro grupo de especialistas, e talvez ainda mais importante, formou-se a partir dos empregos administrativos do Instituto de Aposentadoria dos Industriários (IAPI), criado em 1938. O IAPI foi o último grande Instituto criado; e o foi para o grupo de trabalhadores que até então, se mostrava o mais amorfo e menos organizado dentre a classe operária. Como resultado, os organizadores do IAPI não se defrontaram com o mesmo tipo de poder que dispunham outros grupos organizados, como aqueles que deram origem a outros institutos e CAPs. Por isso, estavam capacitados a traçar planos e criar o quadro administrativo do IAPI, com um mínimo de pressão; e, de fato, levaram dois anos, 1936-38, para projetar o funcionamento desse instituto.

O presidente da comissão que criou o IAPI, engenheiro João Carlos Vital, tinha em vista organizar o instituto segundo critérios e técnicas administrativas-atuariais. Com esta finalidade foram elaborados numerosos estudos, incluindo um censo industrial e projeções atuariais. Ao final, o quadro administrativo do instituto foi escolhido mediante um teste obrigatório e rigoroso, de âmbito nacional destinado a recrutar uma elite qualificada de jovens administradores. Desde o começo, o IAPI compunha-se de um coeso grupo de jovens profissionais com elevado senso de identidade e tecnicamente superior aos quadros administrativos dos outros institutos.

Além de comungar da mesma visão técnica sobre a administração do IAPI, o grupo produziu numerosos especialistas que muito escreveram sobre os proble-

> mas gerais da Previdência no Brasil. Por outro lado, mantiveram-se a par das principais tendências internacionais da área previdenciária, tornando-se um intermediário importante através do qual as idéias e práticas internacionais eram transferidas para o contexto brasileiro; e, publicando em jornais internacionais, punham a comunidade mundial a par do desenvolvimento no Brasil. Em uma palavra, formavam um grupo de estudiosos-administradores que projetavam a si próprios em um cenário de 'status' e prestígio internacional, integrado por especialistas de outras nações, todos eles comunicando-se entre si através de jornais e organizações mundiais como a ILO ('International Labour Organization': O.I.T. - Organização Internacional do Trabalho). Levado por sua orientação técnica, não causa surpresa que esse grupo usou programas e critérios internacionais para analisar criticamente a política previdenciária do Brasil, desenvolvendo planos e programas para dotar o país de uma política previdenciária inovadora, mundialmente reconhecida".

Isso nos parece suficiente para caracterizar esse grupo de técnicos e dirigentes previdenciários de novo tipo que assumiu a liderança das instituições de Previdência Social do país no período em análise: um grupo de técnicos gabaritados, com excelente formação nas questões estatístico-atuariais, referidos a sofisticados modelos de "seguro social" desenvolvidos por organizações internacionais.

No entanto, a sua indiscutível competência técnica não nos parece suficiente para explicar o porquê da sua hegemonia no período. A nosso ver, a emergência desse grupo e o seu posterior domínio da cena previdenciária se explica pelo processo que vimos analisando, em desenvolvimento desde 30: um processo de contenção de despesas e de reformulação do sistema de financiamento da Previdência Social, imposto por um regime de natureza autoritária (em função de questões que discutiremos adiante), mas que, apesar disso, é levado, em dado momento, a ter que justificar, no plano ideológico, a sua política contencionista com relação à Previdência Social. Isso devido às contradições e à complexidade de um regime que, sendo ferrenhamente autoritário, buscava por outro lado bases políticas de apoio nas classes trabalhadoras urbanas (voltaremos a essa questão).

A solução é buscada na referência ao modelo teórico de "seguro social", segundo o qual as medidas de contenção eram tomadas exatamente em nome dos interesses dos segurados, embora fosse difícil para estes compreender o "aparente" paradoxo que isso significava (ver adiante).

Os "tecnocratas", "intelectuais" ou "cardeais" da Previdência desempenharam, a nosso ver, uma função política-ideológica, muito clara: utilizando-se do fetiche da técnica e das referências internacionais, dar consistência à defesa de uma atitude contencionista, já decidida e estabelecida previamente por razões de natureza político-econômica. O prestígio do seu saber foi chamado a legitimar uma decisão política, dando-lhe as roupagens da "neutralidade" científica inquestionável. E a rígida coerência interna da teoria do "seguro social" parecia cumprir muito bem esse papel, como veremos.

É quase desnecessário dizer que não estamos supondo (o que seria um raciocínio extremamente simplista) a participação consciente e "intencional" no processo destes homens, destes indivíduos concretos. A participação dos "atores" nos grandes processos sociais nem sempre corresponde à consciência que têm a respeito, nem mesmo é sempre do mesmo sentido do que imaginam. A "eficácia" do fetiche independe de que o seu agente o veja como tal. Na verdade, costuma ocorrer o inverso.

A tentativa de "tecnificação" de questões eminentemente políticas foi uma das características mais gerais de todo o primeiro governo Vargas, a que MALLOY (op.cit.) se refere da seguinte forma:

> "Não há dúvida que, durante os primeiros quinze anos de presidência, Getúlio Vargas tentou reorganizar as relações entre Estado e sociedade no Brasil, bem como aumentar a autonomia do Estado como poder regulador. No núcleo dessa tentativa figurava o esforço sistemático de organizar a classe trabalhadora, colocá-la dentro das estruturas centralmente dirigidas, tendo em vista retirar a autonomia das organizações trabalhistas. Ademais, seu regime procurou despolitizar a maioria das áreas de política pública, como a política social, e convertê-las em matéria de decisão administrativa e jurídica. Vargas reviveu a política tradicional descrita po

> Faoro em 'Os Donos do Poder', na qual o poder se achava centralizado no Estado e era implementado por uma elite administrativa".

O exemplo mais conhecido desse esforço de "tecnificação" ou "jurisdificação" de questões de natureza fundamentalmente política no período foi a questão salarial. De problema a ser resolvido no livre embate de interesses entre empregados e empregadores, passou a ser um problema resolvido por órgãos de natureza "técnica" (o Ministério do Trabalho) e "jurídica" (a Justiça do Trabalho).(A esse respeito, v. VIANNA, op.cit.). Com a Previdência Social,ocorreu algo muito semelhante.

A concentração dos "intelectuais do aparelho previdenciário" no IAPI dependia, como foi visto, das características específicas daquele Instituto, bem como das características, à época, da categoria profissional a que estava referido. Daí, encontrarmos com mais freqüência neste IAPs as análises mais substantivas e elaboradas sobre o problema do "seguro social". Contudo, a nosso ver, o processo a que estamos nos referindo dependia, em última instância, de características mais gerais da conjuntura em questão, e em função dela, transcorria, com maior ou menor dificuldade, no âmbito da Previdência como um todo.

Situados, então, os defensores e explicitadores das teses contencionistas do "seguro social", analisemos alguns textos produzidos por esse movimento, de forma a tentar aprender-lhes as idéias e a argumentação.

O primeiro representante detectado por nós é, Plínio Catanhede, na época Presidente do IAPI, um dos primeiros teóricos ("orgânicos") da noção de que "Previdência é Seguro" e como tal deve se comportar. Ouçamos o que dizia, então, em 1940 (26):

> "Na elaboração desse plano (refere-se à questão geral dos "planos de benefícios" das instituições de "Seguro Social") há que levar em conta:
> a) o aspecto social;
> b) o aspecto econômico-financeiro;
> c) o aspecto atuarial.

> Evidentemente, destinando-se o Seguro a resguardar a capacidade de trabalho de entes economicamente fracos, o aspecto social é de relevância. É esse aspecto social que justifica e impõe a obrigatoriedade de associação e também a contribuição do empregador e do Estado. O plano de benefícios deve ser equitativo e socialmente justo, atendendo às necessidades vitais dos que se incapacitam e dos seus beneficiários".

No entanto... prossegue:

> "É necessário levar em consideração que, repousando o Seguro Social, em sua forma moderna, na solidariedade das gerações que se sucedem, não é justo que, exclusivamente por motivos imediatos de ordem sentimental ou política, seja uma geração sobrecarregada em detrimento de outra.
>
> Em muitas instituições de Seguro Social, tanto no Brasil como no estrangeiro, que se constituíram sem prévio estudo, o plano de benefícios foi elaborado com a finalidade imediata de grandes vantagens, e com o esquecimento total é de que as novas gerações é que iriam arcar com essa prodigalidade, o que resulta numa flagrante injustiça social e econômica. É dever sagrado do Estado, ao elaborar um plano de benefícios no Seguro Social, dar ao associado—principalmente ao associado jovem que se incorpora à instituição após seu funcionamento — todas as garantias, para que o mesmo possa ter a certeza de que, no momento em que precisar fazer uso de seus direitos, as reservas por ele constituídas assegurem-lhe o pagamento de seus benefícios".

Como devem ser organizados, então, os planos de benefícios das instituições de Previdência Social (ou, nos seus termos, de "Seguro Social")?

> "A natureza do risco a cobrir, as condições da massa a segurar, as condições mínimas dos benefícios a conceder, as possibilidades financeiras das fontes formadoras da receita constituem, em síntese, os elementos essenciais para a escolha do regime financeiro a ser adotado: de repartição (simples ou de capitais de cobertura) ou de capitalização (individual ou coletiva). Por motivos de ordem técnica, econômica e social, os regimes de capitalização ou misto de repartição para cobertura de riscos geradores de benefícios de curta duração(enfermidade, desemprego) e de capitalização para os de longa duração (invalidez, morte) têm sido modernamente preferidos, cabendo, entretanto, citar que

> a Alemanha e a Áustria, no período de grande inflação monetária porque passaram, se viram obrigados a adotar a repartição, inclusive para os benefícios de longa duração.
>
> Em suma, há a necessidade de serem cuidadosamente examinados, à luz da técnica atuarial, todos os riscos a serem cobertos, de forma que o equilíbrio das Instituições possa ser mantido em qualquer tempo. Conceder benefícios demasiadamente elevados ou mesmo sem que se fundamentem em prévios estudos atuariais, é cometer uma das mais graves injustiças sociais – qual a de prometer, às gerações jovens de contribuintes, benefícios que no futuro não poderão ser concedidos.
>
> Na elaboração de um plano de benefícios, além do aspecto social, há que examinar não só o aspecto econômico, para que associados e empregadores não sejam sobrecarregados com ônus demasiadamente pesados, mas também o aspecto atuarial, de forma que a Instituição, tecnicamente estruturada, possa representar para todos os seus segurados – jovens e velhos – a garantia dos dias futuros".

No entanto, como dissemos anteriormente e como se pode perceber já na citação apresentada a seguir, em 1940 já era objeto de comentário geral a riqueza das instituições previdenciárias.

Dada esta situação, como justificar a idéia da necessidade de contenção das despesas? Sobre isso diz Catanhede:

> "Existe ainda um aspecto que comumente impressiona àqueles que desconhecem o mecanismo de funcionamento de uma instituição de Seguro Social, baseada em regime de capitalização. No início há uma desproporção entre as constribuições arrecadadas e os benefícios pagos. Essa desproporção, que impressiona, limitada no tempo e oriunda da acumulação, ou melhor, da capitalização das contribuições, é consequência necessária do regime financeiro que busca, na formação das reservas matemáticas, a segurança do futuro, e o equilíbrio para o período em que a Instituição atinge o seu regime de funcionamento pela estabilidade da massa praticamente constante de inativos, sempre crescente nos seus primeiros anos de vida.
>
> Essa acumulação inicial, cuja gestão deve ser prudentemente realizada, como veremos adiante, constitui, verificadas as previsões demográficas e financeiras adotadas no plano atuarial, a garantia que o Instituto preencherá em qualquer tempo suas elevadas finalidades sociais".

Em outro trecho, após apresentar um quadro com o valor das despesas e receita para os anos de 1937 a 1939 (que, com pequena variação, correspondem aos dados da nossa Tobela I, v. CATANHEDE, op.cit., p. 64), diz o autor, sobre o mesmo tema:

> "À primeira vista, as cifras acima podem dar a impressão de uma grandiosidade extraordinária e de uma desproporção em relação ao nosso meio econômico. Entretanto, não basta a comparação dos valores contábeis para se ter a apreciação de uma instituição de seguro, seja de Seguro Social ou Privado. Torna-se necessário comparar as responsabilidades que a Instituição assume perante seus associados ou segurados mormente no Seguro Social, que, sendo de caráter obrigatório, acarreta para a instituição e o Estado o dever sagrado de dar plena segurança no futuro aos que para ela contribuem compulsoriamente (...).
>
> Não basta, para que uma Instituição de Previdência Social cumpra suas elevadas finalidades, a execução integral no tempo e no espaço do seu plano de benefícios, nem que apresente uma situação financeira boa, simplesmente constatada pelo exame de um balanço contábil. É necessário que o balanço atuarial revele o equilíbrio entre as responsabilidades decorrentes dos benefícios concedidos e a conceder (reservas), de um lado e, de outro, o valor atual das contribuições a arrecadar e o patrimônio constituído e em pleno fluxo de rendimento. (...) É imprescindível ainda, verificado que as taxas biométricas se ajustam às massas seguradas, que o patrimônio obtenha um fluxo de renda regular e compatível com a taxa de capitalização adotada ao ser estabelecido o plano de benefícios e o regime financeiro, isto é, ao ser planejada a estrutura atuarial financeira da Instituição. São condições básicas para que uma instituição de Previdência Social atinja seus fins".

Está presente, nas formulações de Catanhede acima produzidas, toda a teoria do "Seguro Social" que, em outras palavras, diz o seguinte:

1 - é necessário garantir a renda dos trabalhadores e seus beneficiários nas circunstâncias em que se vejam privados dela [27].

2 - mas esta não é uma atribuição direta do Estado, e sim da "solidariedade das gerações (de trabalhadores) que se sucedem", com a qual o Estado (e os empregadores) devem apenas colaborar.

3 - não cabe ao Estado suprir com seus recursos tributários gerais esta "necessidade". Sua função, no caso, deve ser fundamentalmente normatizadora e fiscalizadora: impondo a todos os trabalhadores a obrigação de se associarem aos programas de seguro social, e, principalmente, zelando pela sanidade financeira do sistema ("É dever sagrado do Estado, ao elaborar um plano de benefícios no Seguro Social, dar ao associado (...) todas as garantias... etc.").

4 - a Previdência Social deve funcionar, portanto, segundo a mesma lógica do seguro comercial privado (benefícios proporcionais às contribuições, e delimitados tecnicamente pelas leis atuariais).

5 - no início do funcionamento de tal sistema ocorrem superavits e acumulam-se reservas. No entanto, esta é uma situação meramente temporária, característica das fases iniciais de funcionamento do modelo. Com o tempo, a massa de benefícios crescerá mais rapidamente do que a receita, equilibrando o orçamento, ou mesmo, caso não se tome cuidado, tornando-o deficitário.

Partindo destes pressupostos, há que respeitar o mais rigidamente possível as leis atuariais. Não se pode, "exclusivamente por motivos imediatos de ordem sentimental ou política", estabelecer um "plano de benefícios (...) elaborado com a finalidade imediata de grandes vantagens", nem "conceder benefícios demasiadamente elevados". E, muito menos ainda, serviços, já que estes não têm seu volume previsível atuarialmente

> "carece o plano do Instituto (refere-se aqui ao IAPI, especificamente) das características de 'reparação' e 'prevenção' havia citado também a de "indenização" a que já aludimos para que seja perfeito. Entretanto, é indiscutivelmente mais seguro para o associado que o plano de benefícios seja limitado, porém exequível financeiramente no tempo, do que completo e elevado, mas falho de fundamento financeiro e sem garantia de manutenção do futuro".

Em síntese: a Previdência continuava a ser encarada de um ponto de vista "neo-liberal". Não cabia ao Estado, através de seus recursos tributários gerais, garantir a renda dos trabalhadores e seus dependentes em casos de doença, invalidez, velhice ...

morte, tampouco garantir bens e serviços, como habitação ou assistência médica. Cabia aos próprios trabalhadores organizar mutuariamente seus próprios recursos para a previsão destes eventos. Estado e empregadores apenas contribuiriam, a taxas fixas, para este fundo.

> "O Seguro Social pode ser assim definido como a estrutura social-técnica-financeira, baseado em contribuições conpulsórias equitativamente distribuídas entre trabalhadores, empregadores e o Estado, sem isenções de quaisquer espécie, tendo por objetivo cooperar com a sociedade, dentro de suas possibilidades financeiras, para dotar o assalariado, fator de harmonia coletiva, de uma vida fisiológica e economicamente normal".

Por este motivo é que o plano de benefícios devia estar estreitamente delimitado pelas possibilidades (atuariais) do "fundo", e não ser aberto ao jogo de pressões políticas, como teoricamente se justificaria caso se tratasse de uma atividade como as demais da Política Social, ou seja, de uma atribuição do Estado (por definição, a ser orientada politicamente).

Não. Para esta concepção, a Previdência não pertence a este domínio. Previdência é Seguro. Como no seguro comercial, o plano e o valor dos benefícios não pode ser relativo, sujeito a pressões "políticas ou sentimentais". A manutenção da taxa de lucro da empresa seguradora – no caso do seguro comercial – ou as possibilidades de contribuição do associado – na Previdência Social – devem funcionar na mesma maneira: delimitando tecnicamente as despesas.

É este ponto de vista, hegemônico no período, que procuramos caracterizar com a equação exposta no título deste capítulo: Previdência Social = Seguro Social. Antes de citar outros de seus defensores, faz-se necessário um esclarecimento, visando marcar bem as diferenças entre o período ora em questão e o anterior.

Não estamos afirmando que a Previdência Social brasileira nos seus primórdios, entre 1923 e 1930, não tivesse sido pensada como uma instituição de "seguro social". Na verdade, de certa forma foi assim. Como vimos, a idéia era constituir um fundo de contribuições (de empregados, empregadores e consumidores), que fi

nanciaria os benefícios e serviços, sendo os eventuais saldos investidos. Mas aqui termina, a nosso ver, a semelhança com o modelo posterior. Nossa tese é a de que a maneira como estava organizada, primitivamente, em termos concretos, a nossa Previdência Social não só é distinta da que lhe sucede, como, mais do que isso, é exatamente aquela criticada por Catanhede no texto acima reproduzido. Ou seja: "exclusivamente por motivos imediatos de ordem (...) política", "o plano de benefícios (e serviços) foi elaborado com a finalidade imediata de grande vantagens". E por isso concedia "benefícios" (e serviços) demasiadamente elevados ou mesmo sem que se fundamentem em prévios estudos atuariais". Aliás, o autor citado compartilha nosso ponto de vista, como se pode ver acima ("Em muitas instituições de Seguro Social, tanto no Brasil como no estrangeiro, que se constituíram sem prévio estudo... etc.").

Ou seja, embora pudesse ter sido pensada, formalmente, como uma instituição de seguro social, a ser regida por um sistema de capitalização, a Previdência dos anos 20 era organizada concretamente de tal maneira ("sem prévio estudo" atuarial, diria Catanhede) que, em breve, as intenções formais iniciais chocaram-se com os fatos. Observar neste sentido, conforme já exposto, a evolução da relação despesa/receita no período, (Tabela I) que já ultrapassava, em 1930, 64%.

Nossa hipótese é que, se permanecesse de pé o modelo de Previdência (e Assistência) Social constituído nos anos 20, as despesas logo alcançavam a receita, tornando-se o sistema, na prática, "de repartição".

Isso acarretava importantes conseqüências de natureza política. Forçava o novo regime instalado no país após 1930 a assumir uma posição definitiva frente à questão da Previdência Social, uma vez que manter um sistema previdenciário organizado em moldes "de repartição" exigia, dadas as suas despesas crescentes, a opção por uma das seguintes alternativas:

1 - aumentar indefinidamente as contribuições dos empregados, empregadores e consumidores; e/ou

2 - passar o Estado a contribuir financeiramente para a Previdência, a níveis cujo ritmo de crescimento seria imprevisível.

A terceira alternativa consistiria em modificar o sistema, conter despesas, restringir benefícios e serviços. Em uma palavra, fazê-lo reverter ao "modelo de capitalização".

Como já vimos antes, as três medidas foram implementadas simultaneamente: por um lado aumentou-se o valor das contribuições de empregados e empregadores; e o Estado passou a ser, pelo menos formalmente (ver adiante), um contribuinte do sistema, com recursos orçamentários gerais. Mas nada disso visava garantir a continuidade de um regime de repartição de fato. Ao contrário, modificaram-se os planos de benefícios e serviços num sentido restritivo das despesas, instituindo-se, agora sim de fato, um regime de capitalização.

As determinações mais gerais, ligadas às características da conjuntura em questão, que estão na base destas opções serão discutidas adiante neste capítulo. Por ora queríamos apenas demarcar as diferenças existentes entre o modelo de Previdência anterior a 30 e o do período 30-45: No primeiro, tendência concreta à "repartição", apesar de haver sido apresentado formalmente como modelo de capitalização; e no segundo, a assunção efetiva deste último modelo, não mais no plano meramente formal, e sim na maneira concreta de organizar os planos de benefícios e serviços.

Como se verá ho capítulo seguinte, no período posterior ao que estamos analisando, o regime de capitalização dominante entre 30 e 45, e as restrições de despesas a ele inerentes voltariam a sofrer aberta e forte oposição, da qual participaria, inclusive, em certos momentos, a própria Presidência da República. Adiantamos, desde já, que o fim da ditadura do Estado Novo, com a conseqüente ampliação das possibilidades de pressão dos segurados em defesa de seus interesses, teve marcada importância neste processo.

Se em 1940, como apontamos anteriormente, a difusa insatisfação dos segurados, embora contida pelo autoritarismo vigente, já parece ter começado a impor a necessidade de explicitação e defesa do modelo de capitalização aos setores interessados na sua perpetuação (de que resultaram manifestações como a de Plínio Catanhe

de), no período posterior a 45 esta necessidade se tornaria ainda mais aguda. Surgiram então, em maior número, novos explicitadores e defensores do modelo, novos teóricos do "Seguro Social".

Comentaremos a seguir alguns textos desta época pois, apesar de terem sido produzidos depois do período de que se ocupa o atual capítulo, ilustram o desenvolvimento do processo de defesa da "capitalização" já iniciado em 40, ainda que em outras circunstâncias (agora muito mais na defensiva do que a ação quase preventiva de então). Repetem e desenvolvem os argumentos já expostos e, nessa medida, servem de base para aprofundar a compreensão das teses sobre a "capitalização" e as razões que levariam alguns técnicos a defendê-la.

Em 1948, estando o IAPI submetido a intensa pressão (como veremos no próximo capítulo) para que ampliasse seu plano de benefícios e serviços e, principalmente, para que passasse a fornecer assistência médica aos segurados (coisa que, como vimos, ainda então não fazia e continuaria não fazendo até 1950). É criado então um órgão oficial do Instituto – a Revista "Industriários" – que passou a desenvolver verdadeira campanha de defesa do regime de capitalização e de "esclarecimento" da inconveniência de promover tal ampliação. Aliás, a própria criação da revista, naquele mesmo ano, parece ter sido em grande parte motivada por essa necessidade, como se verá a seguir.

O seu primeiro número reproduz artigo publicado anteriormente no jornal "O Globo", com o título "Os Institutos de Previdência Social" (28), e que dizia:

> "Falou-se, há dias, em uma sociedade científica desta capital, da necessidade de os Institutos de previdência social ampliarem seus serviços médicos como forma de melhor contribuir para a campanha anti-tuberculosa. A idéia é, certamente, louvável, que diz respeito à preocupação de mobilizar maiores recursos para uma cruzada de fundo interesse coletivo. No entanto, e como deixou claro o autor da proposta, seria perigoso atribuir maiores encargos a essas instituiçoes se, ao mesmo tempo, não se lhes assegurasse maior receita. É preciso não esquecer, quando se considera a previdência social entre nós, que os Institutos e Caixas são, no fundo, empresas de seguro, obrigadas a obedecer a uns

tantos princípios rigorosos da técnica atuarial. Despreza-los ou burla-los é expediente perigoso, que acaba fatalmente por conduzir as instituições à insolvência. Isto quer dizer que a receita dos Institutos e Caixas tem destino certo, qual seja, no fim de contas, o pagamento dos benefícios previstos nos respectivos regulamentos.

É oportuno lembrar, por outro lado, que diversos Institutos e Caixas dispõem de serviços médicos que vêm prestando apreciável assistência aos associados, enquanto outros cuidam, no momento, de criar tais serviços. Mas no caso dos serviços médicos existentes ou por criar, cabe lembrar que os mesmos se enquadram rigorosamente dentro das possibilidades das organizaçoes de previdência social e correspondem a estudos cuidadosos das respectivas finanças. O erro estaria em pretender generalizar abruptamente tais serviços ou então ampliá-los de muito, sem cuidar da correspondente elevação da receita. Contra semelhante possibilidade é que cabe advertir os interessados, uma vez que o essencial é preservar o equilíbrio financeiro de Institutos e Caixas, para que possam eles continuar atendendo ao seu programa de benefícios".

Os comentários pertinentes já foram apresentados nas páginas anteriores. Ressalte-se apenas a idéia-chave, quase síntese desta corrente: "os Institutos e Caixas são, no fundo, empresas de seguro".

O segundo número da revista traz, sobre o mesmo tema, um artigo mais alentado, elaborado, ao que parece, pelo Gabinete da Presidência do Instituto, "para publicação em diversos jornais e revistas" (29). Aliás, a apresentação da matéria, que antecede o texto propriamente dito, já fornece informações interessantes:

> "Tendo a GPD elaborado para publicação em diversos jornais e revistas, um trabalho destinado a divulgar noções essenciais, sobre os pontos básicos da previdência social, pareceu oportuno transcrevê-lo aqui, com pequenas alterações indispensáveis, pois embora seja assunto de pleno conhecimento dos leitores de INDUSTRIÁRIOS, trata-se por outro lado, de matéria cuja divulgação nunca será demasiada".

A preocupação com a divulgação ampla do tema (uma exposição sobre os "conceitos básicos" do que entendem deva ser a Previdência Social), de modo a extrapolar a própria revista do Instituto, reforça nossa impressão, apontada acima, de que os dirigentes

do IAPI procuravam promover então verdadeira campanha de defesa de seus pontos de vista sobre a questão previdenciária.

No corpo do texto, esta preocupação é novamente explicitada:

> "Não serão apreciações técnicas, e sim exposições simples, que, sem pretender dar novidades, examinarão aspectos mais relevantes, a fim de que a divulgação despretenciosa e singela de noções essenciais possa concorrer para o conhecimento de um assunto que, praticamente, a todos interessa".

Dá indicações também sobre o porquê de tamanha preocupação, neste momento, com a divulgação "despretenciosa" de "noções essenciais" sobre Previdência:

> "As reservas dos Institutos e Caixas são muito comentadas e muito discutidas; o vulto das cifras a que atingem desperta as atenções gerais e, não raro, perturba a capacidade de apreciaçao deixando entrever a possibilidade de se dar a tais recursos aplicaçao alheia a verdadeira e obrigatoria finalidade dos mesmos.
>
> É exatamente por se tratar de assunto freqüentemente ventilado, embora raramente bem compreendido, foi que pareceu oportuno inserir aqui uma exposição sumária da razão de ser e dos fins dessas elevadas somas". (...)
>
> "Além de dar margem a enganos dessa natureza as reservas dos Institutos e Caixas costumam ser objeto de planos de conteúdo sentimental, apresentados por pessoas que, provavelmente bem intencionadas, mas evidentemente mal informadas, querem resolver todos os problemas com o emprego de tais recursos". (...)
>
> "Nosso objetivo é apenas mostrar a natureza e a razão de ser das grandes reservas das instituições de seguro social, para que, esclarecido o assunto, não cause estranheza o vulto das cifras às mesmas referentes nem ocorra a idéia de lhes dar emprego que nao se enquadre nas suas finalidades obrigatorias". (...).
>
> "A propósito, convém esclarecer que a previdência social não tem, como muita gente pensa, a obrigação de construir casas para os trabalhadores e nem poderia, como igualmente querem alguns, empregar grande percentagem de seu numerário na construção de conjuntos residenciais". (...)

> "Os Institutos e Caixas vêm sendo alvo da cerrada crítica. Mas, como tivemos ensejo de verificar, isso ocorre mais pela imcompreensão existente em torno dos seus verdadeiros fins que pela existência de falhas insanáveis ou extremamente graves".(...)
>
> "A má vontade que existe para com os Institutos e Caixas é fruto da falta de esclarecimentos.(...)

Outro aspecto a notar nas citações reproduzidas é a preocupação com fazer passar por coisa objetiva, indiscutível ("noções essenciais", "pontos básicos", "assunto de pleno conhecimento","divulgação da exata natureza e verdadeiros objetivos da previdência social", etc.) o que na verdade se mostra, ao nosso olhos, como clara defesa (ideológica, sob a pretensa aparência "técnica") de uma dada proposta de organização e funcionamento de nossa Previdência Social. Uma proposta entre outras existentes (se bem que não tão completamente formuladas; e apenas "em estado prático"). E mais, proposta que se contrapõe politicamente às demais, representando interesses distintos, de grupos sociais distintos, como se verá na seqüência deste capítulo.

Numa de suas seções, o artigo expõe o que chama de "Noções Elementares", dizendo o seguinte:

> "Previdência Social, como ninguém ignora, é seguro coletivo, é o seguro de grandes grupos de pessoas, de classes inteiras da sociedade (...)"
>
> "A previdência social nasceu da compreensão, por parte do Estado do fato de que todos tem a necessidade de fazer seguro, para que ninguém esteja descoberto quanto a determinados riscos nem quanto aos efeitos de certos acontecimentos inelutáveis.
>
> Todos precisam de seguro, mas nem todos poderiam realizá-lo senão nas condições proporcionadas pela previdência social, onde o grande número de segurados possibilita prêmios muito reduzidos e benefícios razoáveis. Aliás, é exatamente por motivo da necessidade de grandes massas de segurados que o seguro social é obrigatório, pois se fosse deixado a critério de cada um, poderia ocorrer um número de abstenções capaz de comprometer o plano, sacrificando igualmente, o aspecto social da questão, uma vez que se tem em mira abranger maior número possível de pessoas".

Em primeiro lugar, é aqui repetida a idéia-chave desta orientação, que já começava a se tornar um "slogan" (ou uma palavra-de-ordem): "Previdência Social (...) é seguro". E ela volta a ser repetida outras vezes ao mesmo texto, como um refrão a decorar:

> "Em última análise, portanto, a previdência social é uma forma de seguro (...)".
>
> "Aliás, previdência social e seguro social são expressões, perfeitamente equivalentes". (...)
>
> "Como vimos nas notas anteriores a previdência social é uma forma de seguro" (...) etc., etc.

Juntamente com seu correlato imediato:

> "Os Institutos e Caixas (...) são, por conseguinte, verdadeiras companhias de seguro (...).

Outra idéia apresentada é a de que fazer seguro é uma "necessidade" natural, e generalizada. "Todos têm a necessidade de fazer seguro (...)". "Todos precisam fazer seguro". E o seguro social e compulsório apenas viabilizaria financeiramente esta aspiração geral mesmo para os carentes de recursos suficientes para recorrer ao seguro privado.

Pelo que já foi exposto neste nosso trabalho a respeito das origens da Previdência Social no Brasil, parece ficar claro que a "necessidade de fazer seguro" não é um dado indiscutível, como sugere o texto. Não existe nada de semelhante a uma "necessidade" natural de fazer seguro. O que se poderia dizer neste sentido é que existe, sim, uma necessidade (não "natural" e sim socialmente determinada) de precaver-se contra situações futuras de carência de recursos financeiros, contra a possibilidade de cessação ou diminuição acentuada dos rendimentos. Porém, a forma de organizar a defesa contra essa eventualidade não é "necessariamente" nem "naturalmente" a de se associar a um sistema de seguro.

Outras possibilidades seriam: pressionar para que o Estado garantisse a renda nestas circunstâncias; ou tentar constituir um patrimônio financeiro individual que suprisse estas eventuais carências, o que dependeria da existência de rendimentos ordinários (salários) de valor adequado. Ou seja: de que esta demanda estivesse contida no <u>preço</u> da força de trabalho.

O próprio texto, contradizendo-se, admite isso implicitamente, ao defender a idéia de que o seguro social tem que ser compulsório: "pois se fosse deixado a critério de cada um, poderia ocorrer um número de abstenções capaz de comprometer o plano". Uma tranha "necessidade" esta, que tem que ser imposta compulsoriamente...

Nossa interpretação dos fatos é que a "necessidade" de que "todos (os trabalhadores) façam seguro" parte do Estado e dos empresários, de maneira a conseguir que os próprios trabalhadores arquem com os custos (ou, pelo menos, deles participem significativamente) da previsão de eventos daninhos futuros. De outra forma, a necessidade dessa previsão redundaria em pressões sobre o Estado no sentido da ampliação de sua "Política Social", e/ou sobre o valor dos salários (30).

Assim, não é verdadeiro, como sustenta o texto, que o Estado tenha "compreendido" repentinamente, num dado momento, o "fato de que todos têm a necessidade de fazer seguro". Ao contrário, ele procurou criar esta necessidade, em nome de seus próprios interesses e dos empregadores.

A noção, ideológica, da "necessidade" natural do seguro cumpre, no texto que estamos analisando, apenas a função de procurar justificar, como um pretenso "dado", uma determinada forma de organização da Previdência Social que estamos denominando de "seguro social", e seu correlato: a noção da necessidade de contenção das despesas.

Sobre este último aspecto, diz o texto, em sua terceira parte:

> "(o seguro social) (...) não é completo, mas não deixa de ser, como já vimos, até certo ponto, satisfatório. (...) Já vimos, igualmente, que não se trata de um seguro completo.
>
> Com efeito, seria desejável que os planos de auxílios fossem mais amplos e mais profundos, ou seja, que houvesse outros auxílios além dos previstos atualmente e que as importâncias dos mesmos fossem mais elevadas.

Isso, porém, téria que acarretar um aumento das co n tribuições, e um aumento provavelmente sensível, o que talvez não seja muito indicado, pelo menos pr e sentemente.

Dentro das bases atualmente em vigor para o rec o lhimento das contribuições, os benefícios têm q.. ser calculados como vêm sendo".

E numa seção denominada "Segurança Antes de Tudo", re.. firma estas idéias:

"Como é natural e como já tivemos ensejo de afirmar, parece conveniente que os dados de benefícios dos Institutos e Caixas sejam mais extensos e mais f.. fundos, isto é, que haja mais tipos de auxílios e que as importâncias destes sejam mais elevadas.

Mas está claro que qualquer alteração no sistema vigente teria que depender de estudos muito acurados, pois com as atuais fontes de receita só é po.. sível atender aos compromissos correspondentes às mesmas.

Sobrecarregar a previdência com responsabilidades alheias aos seus fins obrigatórios, sem proporcionar recursos equivalentes aos novos encargos, é desrespeitar os princípios técnicos em que se baseia a estrutura financeira dos órgãos do seguro social.

Aliás, a experiência tem demonstrado que, em matéria de seguro a garantia de estabilidade do órgão segurador é inversamente proporcional à extensão do plano de indenizações; e nem poderia acontecer coisa diferente.

Assim, impõe-se a conclusão de que os planos de benefícios não terão probabilidade de eficiente execução se ultrapassem os limites fixados por cálculos rigorosos.

Tudo isso, nos demonstra que o desenvolvimento do seguro social só poderá conduzir àquela ampliação que de início mencionamos através do aumento das contribuições dos segurados. Com efeito, a estabilidade das instituições de previdência social não poderia, em hipótese alguma, ser comprometida pelo desejo, bem intencionado, mas pouco razoável, de ir além das possibilidades tecnicamente previstas.

Tal erro redundaria, em última análise, em grave prejuízo para os próprios associados, diretamente atingidos pelo colapso financeiro que não poderia deixar de sobrevir, mais cedo ou mais tarde, acarretando a perda das contribuições pagas e privando os segurados do amparo incompleto porém certo de seu órgão de previdência.

Nessas condições, a modificação dos planos de seguro dos Institutos e Caixas é assunto muito delicado, e a adoção de qualquer medida, nesse terreno, exige a máxima cautela, tem que ser precedida de estudos cuidadosos e cálculos feitos com muito rigor.

Devemos procurar aperfeiçoar o seguro social; mas é preciso termos em conta que nem sempre esse aperfeiçoamento pode traduzir-se em aumento dos benefícios. A garantia deve sempre prevalecer sobre a amplitude dos planos de auxílios; a segurança é essencial, como já foi afirmado.

Trata-se de assunto bastante complexo e, por isso mesmo, provavelmente pouco acessível e sem dúvida árido; mas é um ponto que não poderia deixar de figurar nesta despretenciosa exposição dos principais aspectos da previdência social.

A impressão de que os Institutos e Caixas poderiam fazer mais do que fazem frequentemente nos leva a subestimar os serviços prestados pelos mesmos, exagerando as lacunas existentes na sua organização e no seu funcionamento.

Cumpre, pois, deixar bem claro que há uma relação muito íntima entre o valor das contribuições e a importância dos benefícios, donde resulta que estes não podem ser majorados nem ampliados se aquelas não se modificarem também, na devida proporção".

Os argumentos parecem lógicos: mais benefícios, e benefícios mais vultosos (nem fala em serviço...) dependem de maior arrecadação. O que o texto oculta é que, como já foi apontado neste capítulo, a decisão de quem paga as despesas e quanto paga (que parcela) não é uma decisão técnico-atuarial e sim política. Portanto, não é correta a afirmação (feita quase em tom de ameaça) de que a ampliação do plano e do valor dos benefícios e serviços só poderia ser feita "através do aumento das contribuições dos segurados", pois aumento da arrecadação poderia ser obtido a partir do Estado ou dos empregadores. Mais adiante, discutiremos porque, na conjuntura 30-45, isto não era sequer cogitado.

Aliás, o próprio texto aborda uma situação a que já nos referimos e que, na verdade, como veremos, percorre todo o período compreendido entre 1930-1966. Um bom aumento da arrecadação seria obtido, por exemplo, simplesmente fazendo cumprir as determinações legais a esse respeito, a começar pelo próprio Estado:

> "E ainda para tornar mais fácil a realização do seguro por parte das classes de nível econômico menos alto, a contribuição para os Institutos e Caixas (...) foi dividida em três parcelas, das quais apenas uma é paga pelo próprio segurado, ficando outra a cargo do empregador respectivo e a restante sob a responsabilidade do governo - responsabilidade que não vem sendo cumprida muito regularmente, diga-se de passagem, o que acarreta sérios embaraços a essas organizaçoes".
>
> "É bem verdade que o Estado tem atendido de maneira muito irregular às suas obrigaçoes neste terreno; mas devemos considerar isso como fenômeno transitório, embora as conseqüências prejudiciais da impontualidade governamental já se venham fazendo sentir de maneira bastante acentuada, com sério risco para a estabilidade financeira dos Institutos e Caixas",

Nos próximos capítulos poderemos acompanhar a longa sobrevivência do "fenômeno" que o autor citado considerava "transitório", assim como os níveis a que chegou a dívida do Estado para com a Previdência. O "fenômeno" persistiu intocado até 1967 e, na verdade, daí para a frente só recebeu um tratamento formal. O que ocorreu então, como veremos foi que o Estado apenas assumiu, agora legalmente (e não apenas de fato, como antes) que não seria contribuinte paritário do sistema, passando a arcar apenas com as despesas de pessoal. Desfez, assim, formalmente, o que na prática nunca passou das intenções: o sistema "tri-partite" paritário de contribuição.

Além disso (v. adiante), antes do aperfeiçoamento do sistema de arrecadação ocorrido no pós-67, os empregadores, de maneira geral, também retardavam muito as suas contribuições e a que recolhiam dos seus empregados, prática facilitada pela inexistência do mecanismo posteriormente estabelecido da correção monetária automática sobre as dívidas. Nossa argumentação é reforçada pela não correção dessas "distorções" (entre aspas, porque não são "fenômenos transitórios", como supõe o GPD do IAPI em seu texto, e sim fenômenos estruturais, cuja permanência no tempo já sugere). As alterações para mais nos planos de benefícios e serviços da Previdência que o texto em análise recusa não eram obstaculizadas por problemas objetivos, de natureza meramente técnica e sim dependiam de decisões de natureza política (que o Estado, no período 30-45,

não estava disposto a assumir). Para compreender isso, basta afastar o preconceito ideológico de que "Previdência é Seguro".

Voltando ao texto em análise, na seção dedicada a "As linhas gerais dos planos de benefícios dos Institutos e Caixas", a idéia de que estes planos devem se restringir a aposentadorias e pensões é novamente apresentada:

> "Antes de mais nada temos os benefícios que entram na denominação dos órgãos de previdência social, caracterizando-lhes a finalidade (a aposentadoria e a pensão) (...).
>
> Tais benefícios são obrigatórios e constam do plano de todas as instituições de previdência.
>
> Além desses auxílios básicos há diversos serviços e benefícios complementares, uns obrigatórios e outros facultativos, como auxílio-funeral, auxílio-maternidade, assistência médica, hospitalar e farmacêutica, auxílio-enfermidade, etc.
>
> Quanto a esta última parte não há ainda desejável uniformidade, pois alguns Institutos ou Caixas proporcionam, por exemplo, assistência médica, enquanto outros não (...) e assim por diante. (...)
>
> A aposentadoria e a pensão, portanto, são os benefícios básicos, essenciais e obrigatórios. (...)
>
> Já temos, assim, uma idéia exata quanto aos planos de benefícios dos órgãos de previdência social, planos esses que consistem, fundamentalmente, no pagamento da aposentadoria e pensões e, subsidiariamente, na concessão de outros benefícios e na prestação de certos serviços, sendo essa parte complementar geralmente variável de instituição para instituição".

O que (além, é claro, do desejo do autor) o autoriza a fazer essa distinção entre benefícios "básicos", "essenciais","fundamentais", por um lado, e "complementares", "subsidiários", por outro? Isso não é um dado, repetimos, e sim uma opção. Na análise da legislação previdenciária de 30 a 45 vimos que as disposições a respeito nos diferentes Institutos eram heterogêneas, com o que o autor concorda. Mas ocorre que eram heterogêneas porque também o era a força político-reivindicativa das diferentes categorias representadas. Assim, o maior ou menor número de benefícios e serviços concedidos, bem como o seu maior ou menor valor dependem do poder de barganha de seus associados, e não de uma característica "natural" da Previdência.

Em termos históricos, também não se pode atribuir precedência aos benefícios ditos "essenciais" acima. Já tratamos disso, no que tange ao caso brasileiro, no segundo capítulo deste trabalho, onde se vê que a legislação de 1923/26 misturava aposentadorias e pensões com outros benefícios e, mais do que isso, com serviços. Saindo do caso brasileiro e indo buscar a própria origem da Previdência Social no mundo, basta citar o próprio texto em discussão:

> "A previdência social, com suas características definidas como atualmente se encontra, surgiu em meados do ano de 1883, na Alemanha, ao ser instituído, com caráter obrigatório, o seguro-doença-maternidade dos trabalhadores da indústria e do comércio. Logo após, em 1889, estabeleceu aquele país o seguro-invalidez-velhice. (Isto é, aposentadoria). A Alemanha foi seguida muito de perto, nessas medidas, pela Áustria. E os demais países europeus acompanharam o exemplo nessa mesma ordem de preferência, isto é, também cuidando inicialmente do seguro-doença".

Outra tese do texto é que a situação de necessidade em que vivem os trabalhadores não é um problema da Previdência Social. Esta é, na verdade, a tese central da teoria do "Seguro-Social", e merece, portanto, uma discussão detalhada. Vejamos como ele é defendida:

> "O seguro social está muito entrosado em nossa vida econômica e, como não poderia deixar de ser, sofre a influência das grandes dificuldades de ordem geral que aí se fazem sentir; além de ter seus problemas próprios, compartilha dos grandes problemas nacionais.
>
> Vejamos, por exemplo, o nível geralmente baixo dos salários, dando origem a benefícios pouco elevados; a desproporção entre os proventos e o custo de vida, nas classes economicamente fracas; a falta de saúde generalizada e a larga incidência de certas moléstias e sobretudo da tuberculose; a sub-alimentação, em grandes grupos sociais; a crise de moradias e de transporte; etc.
>
> Nada disso é da alçada da previdência social, que nao passa, como já vimos, de uma modalidade de seguro.

> Todavia, diante da falta de esclarecimentos e dos vastos recursos de que dispõe os Institutos e Caixas, somos levados, frequentemente, a querer atribuir-lhes a responsabilidade pela solução de todas essas questões, pela melhoria das nossas difíceis condições de vida.
>
> E é um erro bastante grave, pois embora esses fatos concorram para que se tornem ainda mais necessários os serviços do seguro social, não podemos sobrecarregar os órgãos deste com encargos que não lhes cabem e para cujo desempenho não estão aparelhados".

Em outra passagem, diz:

> "Quanto à natureza dos serviços prestados, temos de reconhecer que é bem ingrata a posição dos órgãos de previdência, forçados a se manterem dentro de limites tecnicamente rígidos quando os associados se encontram em circunstâncias tais que a própria instituição prefiriria transigir e prestar um auxílio maior. E nessas horas difíceis é muito raro que o associado possa conservar a serenidade necessária para compreender que o seu Instituto ou a sua Caixa não poderiam, de maneira alguma, fazer mais por ele".

Mais adiante, sobre o mesmo assunto:

> "Uma das consequências mais conhecidas desse erro de apreciação é a impressão, largamente generalizada, de que os Institutos e Caixas têm obrigação de construir casas para seus associados; tal impressão ainda se torna mais forte nesta época de angustiosa falta de residências.
>
> É verdade que os Institutos e Caixas, forçados a empregar convenientemente as suas reservas, não se descuidam, como vimos, do alcance social da aplicação das mesmas e procuram invertê-las em empreendimentos capazes de concorrer para o bem-estar dos segurados respectivos. Mas não é menos verdade que esse aspecto social, por muito relevante que seja, não pode, de maneira alguma, prejudicar a rentabilidade da inversão.
>
> Assim, as instituições de previdência só podem, por exemplo, construir conjuntos residenciais, se o capital nos mesmos investidos produzir a renda mínima prevista nos cálculos em que se baseia a estrutura da instituição; se esse mínimo não for atingido ou a diferença para menos não for compensada por outra inversão mais rendosa, o equilíbrio financeiro estará comprometido".

Outro exemplo do mesmo tema central, "Previdência" não é beneficência":

> "Ninguém nega, nem poderia negar, que os Institutos e Caixas pagam, às vezes benefícios, bem pouco significativos.
>
> Por outro lado, porém, temos de reconhecer, como também já ficou acentuado, que, sem alterar para mais as bases atuais da arrecadação de contribuições, nenhuma melhoria poderia ser introduzida no plano de benefícios.
>
> Se se tratasse apenas de benemerência, se os Institutos e Caixas fossem instituiçoes de beneficência em vez de órgaos de seguro social está claro que não teria de haver aquela rigorosa correlação entre as contribuições. Poderiam ser pagos auxílios maiores aos associados mais necessitados ou seria admissível a adoção de algum outro critério.
>
> Dentro, porém, do sistema atual, a importância dos benefícios tem que ser calculada com base no valor das contribuições; fora disso, tudo estará errado (...).
>
> A previdência social, portanto, não é beneficência (...)".

O ponto central nestas últimas citações, que na verdade, permeia todo o trabalho do autor, é a tentativa de impor, como se fora um "dado", a tese de que existe uma dicotomia absoluta, por um lado, "Previdência Social" e, por outro lado, o que ele chama de "beneficência" (mas que nós entendemos como "Política Social" sensu strictu", ou seja: a concessão direta pelo Estado de bens e serviços à população v. MARSHALL, op.cit.). Esta pretensa dicotomia só faz sentido para os que se atêm à teoria do "Seguro Social", como um dado indiscutível. ("Dentro, porém, do sistema atual...") ocultando o que ela realmente é: uma decisão política, uma opção assumida pelo Estado, entre outras possíveis, para o enfrentamento de determinados problemas sociais. Se não vejamos.

Conforme já discutido, a Previdência Social nasceu entre nós num momento em que o Estado e os empresários se viam pressionados pelas classes trabalhadoras no sentido de solucionar algumas de suas necessidades, entre as quais se incluíam: a garantia de renda na velhice, invalidez, doença, orfandade e viuvez; assistência médica, hospitalar e farmacêutica; obtenção de moradia; etc. Reivindicava-se que o Estado fornecesse diretamente estes bens e

serviços. E tentava-se arrancar dos empregadores melhores salários (visando, em última instância, dar a cada um a possibilidade de solucionar individualmente estas necessidades).

Frente a estas pressões, a opção assumida pelo Estado foi a de criar uma outra alternativa, simultaneamente à Política Social propriamente dita e aos aumentos salariais: uma instituição — a Previdência Social — na qual os próprios trabalhadores eram compulsoriamente obrigados a criar, com uma parcela de seus salários, um fundo financeiro, cujas aplicações e rendimentos possibilitassem uma solução auto-financiável para as necessidades apontadas pelas classes trabalhadoras. Ou seja: criar o "Seguro Social". É verdade que o "conjunto da Nação" (inicialmente apenas os consumidores diretos das empresas envolvidas), representado em tese pelo Estado, e os empregadores, são chamados a colaborar com este fundo financeiro. Porém, de forma menos onerosa do que as restantes opções, respectivamente: a Política Social propriamente dita; os aumentos salariais diretos.

Esta opção foi, inicialmente, aceita pelas classes trabalhadoras. Em primeiro lugar, porque não tinham condições políticas, nos anos 20, de impor mais do que isso. Em segundo lugar, porque de qualquer forma representava um avanço, uma vitória em relação à forma anterior de enfrentar os mesmos problemas (a forma cooperativa, mutualista, baseada num mecanismo constituído de contribuições voluntárias apenas dos trabalhadores, em tudo semelhante ao do seguro). O que se modificou na Previdência Social, em relação às organizações cooperativas autônomas anteriores de trabalhadores (Caixa de Assistência, Ligas de Apoio Mútuo, etc.) foi apenas a introdução das "contribuições" compulsórias dos consumidores e empregadores. Mas isto já era, no momento, uma vitória política (e econômica) importante. E, o mais importante, uma vitória possível. Foi uma solução intermediária entre a exigência de uma Política Social e de aumentos salariais, por um lado, e o "liberalismo ortodoxo" anterior do Estado frente a estas questões, por outro.

Mas não havia porque imaginar que a luta permanente dos trabalhadores pela defesa de seus interesses junto ao Estado e aos empregadores, que ressurge e cresce toda vez que existem condições políticas para tanto, fosse parar por aí. Daí para a frente, sem-

pre que foi possível retomá-la, ela passou a se desenvolver. Agora, no espaço aberto pelo Estado em sua rigidez anterior. A Previdência Social tornou-se, assim, uma arena, entre muitas outras (a empresa, o Congresso, a rua, a opinião pública), da luta política e econômica das classes trabalhadoras.

Para elas, o "Seguro Social" não era uma questão fechada e resolvida, uma estrutura acabada, rígida e imutável, como queriam os técnicos e dirigentes previdenciários no pós-30 (já então nomeados pelo Estado, como se verá adiante). Ao contrário, não passava de um momento do processo permanente de defesa de seus interesses. Portanto, a forma assumida pela "Previdência Social" (a de "Seguro Social") era apenas uma forma momentânea e potencialmente passageira.

Mas a luta não se desenvolveria como negação da Previdência Social, por sua substituição tout court por uma Política Social "sensu strictu" e por maiores salários. Estas últimas reivindicações persistem, paralelamente, em outras arenas (o Estado, o Congresso, a Empresa). Enquanto que, com relação à Previdência, passava-se a lutar por menores contribuições dos empregados e por mais e maiores benefícios e serviços. (No plano das lutas concretas, não havia a ilusão de que estas duas últimas reivindicações eram incompatíveis, como queriam fazer crer os técnicos).

Em suma, em relação às questões ditas "previdenciárias" e "assistenciais", o que os trabalhadores queriam era mais e melhores benefícios e serviços, com menos ônus para si próprios. Ou seja, fazer reverter, ao máximo, o caráter "neo-liberal" da Previdência Social brasileira, cabendo ao Estado resolver o problema da procedência dos recursos necessários para tanto. Portanto, afirmações, como as do texto, de que "nada disso (a solução dos problemas sociais) é da alçada da previdência social", ou que "Previdência não é beneficência" não podiam ser levadas a sério. Não por um problema de "ignorância" técnica, como queriam fazer crêr os atuários, mas de defesa de interesses políticos e econômicos. Através da forma concreta de suas reivindicações, o que as classes trabalhadoras faziam era recusar a dicotomia que os técnicos tentavam estabelecer entre Previdência (=Seguro) e Política Social.

Uma última tese que se pode extrair do texto em discussão, mera consequência das idéias anteriores, é apresentada mais ou menos com os mesmos argumentos já expostos anteriormente por Carlanhede. Trata-se da defesa daquilo que o autor denomina, num subtítulo: "As grandes Reservas", ou seja, o capital acumulado pela Previdência ao longo dos seus já então 25 anos de existência.

> "A previdência social funciona, entre nós, de acordo com o sistema de 'capitalização', isto é, de constituição de reservas. Dentro desse sistema, nos primeiros anos de funcionamento das instituições — e as nossas são quase todas novas — a arrecadação de contribuições é sempre maior que os pagamentos de benefícios, embora estes tenham um considerável aumento progressivo enquanto aquela apresenta tendência para se estabilizar rapidamente. E nesse período inicial de funcionamento, os Institutos e Caixas constituem suas reservas, isto é, capitalizam, acumulam os recursos necessários para fazer face aos seus compromissos, mais tarde, quando os pagamentos de benefícios, que vão crescendo sempre de ano para ano, já forem maiores que a arrecadação, mais ou menos estabilizada desde algum tempo.
>
> A constituição de reservas é essencial, portanto, para que o órgão de previdência possa substituir; se ele não acumular recursos enquanto arrecada mais do que paga, não poderá, no futuro, continuar executando o seu plano de benefícios.
>
> Além disso, as reservas, que com o tempo se tornam bastante vultosas, produzem boa renda, quando são convenientemente aplicadas e ainda possibilitam empreendimentos que beneficiam indiretamente os segurados. E a renda das reservas permite que sejam fixadas taxas mais baixas para as contribuições ou seja melhorado o plano de benefícios, porque essa renda é computada, na previsão da receita, como uma das fontes desta, constituindo, de certo modo, uma quarta contribuição (...).
>
> São, portanto, mais do que necessárias as reservas dos Institutos e Caixas; são essenciais, são indispensáveis".

Uma vez que se tenha assumido a idéia de que "Previdência Social é Seguro Social", não há o que discutir a esse respeito. Obviamente, a constituição de reservas é um elemento fundamental de qualquer sistema de seguro, é sua garantia de sobrevivência. O que é discutível, sim, como temos procurado mostrar, é tomar como "a priori":

1º - o fato de que a Previdência Social tenha que, necessariamente existir, como uma instituição à parte da Política Social como um todo, com regras "técnicas" próprias;

2º - o fato de que, uma vez existindo, os planos de contribuições (quem paga e quanto paga) e de benefícios e serviços "quem recebe, o que e quanto recebe) sejam decisões técnicas, indiscutíveis politicamente.

O terceiro número da revista "Industriários" (junho de 1948) publicou outro artigo de defesa das teses contencionistas, na mesma linha dos que foram discutidos, da autoria de João Lyra Madeira, na época "Atuário-chefe do IAPI" (31).

A única coisa que mudou em relação aos textos anteriores foi o tom da linguagem. O texto de Catanhede, um documento oficial, assumia uma impostação tecnocrática, "isenta" e elitista, na sua argumentação contra "aqueles que desconhecem o mecanismo de funcionamento de uma instituição de Seguro Social, baseada em regime de capitalização". O do GPD/IAPI, por sua vez, que era um trabalho destinado a "divulgar noções essenciais", usava um tom paternalista e constrangido, do tipo "compreendemos... mas é impossível". Já o artigo de Madeira opta pelo sarcasmo e a ironia na sua introdução que tem o curioso título "A fala dos pelicanos":

> "Ao nosso ver, um dos aspectos mais importantes da Previdência Social reside no fato incontestável de que essa instituição vem constituindo um encargo excessivo para os recursos de que dispõe o Estado e com resultados pouco compensadores no que se refere aos benefícios concedidos, pelo menos segundo a opinião dos que deles participam. Por outras palavras, o Estado se impõe um sacrifício superior às suas possibilidades, e os associados não estão, em geral, satisfeitos com o produto desse sacrifício; a Previdência Social é cara e de má qualidade".

Conta então, por analogia, a história "da mãe pelicana":

> "(...) que em certa época de escassez passou a alimentar os filhotes com pedaços de tripa arrancada das próprias entranhas. Ao fim de alguns dias dessa alimentação dolorosa, os filhotes pelicanos, na sua ingenuidade, reclamaram em coro:
>
> - Oh! mamãe!... já estamos cansados desse 'menu': tripa de manhã... tripa de tarde... Não poderia variar um pouco?!

Para concluir:

> "Ao que sabemos, nenhum outro personagem entrou na verdadeira história dos pelicanos, além da mãe carinhosa e dos filhotes impacientes. Quanto à história figurada, porém, aparecem frequentemente outros personagens estranhos que, muitas vezes, apesar de não se alimentarem de tripas, gritam também contra a comida. Alguns, bem intencionados, o fazem por solidariedade humana; outros gritam por simples espírito de imitação, ou de combate sistemático, à moda daquele espanhol que dizia 'si hay un gobierno acá, yo estoy contra'... Há por fim, os vilões da peça, que gritam com propósitos deliberados, em verdadeiros prodígios de demagogia aplicada".

Trata-se de um excelente exemplo de como os tecnocratas da Previdência encaravam o problema das reivindicações populares: ignorância, demagogia, contestação pela contestação ou "propósitos deliberados". A tecnocracia previdenciária ficava profundamente irritada com o fato de os segurados não aceitarem passivamente, os seus modelos teóricos, pretensamente isentos de interesses, representando soluções pretensamente ideais para os problemas apontados pelos próprios "pelicanos".

O artigo discutia, basicamente, o problema das pressões a que era então submetida a Previdência Social tem "finalidades restritas", básicas e essenciais (a garantia de renda aos inativos, através de aposentadorias e pensões). Os demais problemas sociais cuja solução era cobrada à Previdência (saúde, habitação, alimentação, etc.) são "problemas de governo" e não das instituições previdenciárias. Mesmo assim, citemos o texto.

Após discorrer sobre a situação da mortalidade e morbidade no Brasil, em comparação com os países "desenvolvidos", chamando a atenção para nossa alta proporção de habitantes "inativos", define o autor a sua preocupação:

> "É em todo esse complexo emaranhado de problemas, que surgem em face das condições apontadas (problemas de saúde pública, problemas de educação, etc.), convém localizar devidamente o papel da Previdência Social no passado e no futuro, a fim de que, em face da grita que se levanta, ele não seja des-

virtuado por uma mudança radical de orientação, que não se justifica, enveredando os poderes públicos por uma via diametralmente oposta (...).

A instituição da Previdência Social surgiu dentro do sistema econômico com uma finalidade mais ou menos restrita, mas que vem sendo gradativamente ampliada. (...)

Mas qual teria sido o motivo que originou a Previdência Social no conjunto das Instituições Econômicas?

Por outras palavras qual a finalidade da Previdência Social, pelo menos na sua origem?

Acredito que grande parte das pessoas que gritam alto e em bom som que as instituições de Previdência no Brasil não cumprem a sua missão desconhecem qual seja essa missão, o que só pode contribuir para confundir o espírito público. De fato, dada a ignorância das suas finalidades, atribui-se aos Institutos e Caixas todas as responsabilidades pela solução dos problemas mais variados; como esses problemas ainda não foram resolvidos, aquelas instituições são acusadas de terem fracassado".

Para localizar, então, mais precisamente, aquilo que considera como "finalidades restritas" da Previdência Social, tenta o autor resumir "a organização econômico-social moderna" e seus "três grupos de problemas":

> "A organização econômico-social moderna é extremamente complexa, mas nem por isso nos parece impossível esquematizar o nosso raciocínio a respeito, com o fim de esclarecer certos aspectos fundamentais do problema. (...)
>
> Resumindo, podemos dizer que a organização social dá origem a vários problemas. Em um primeiro grupo incluem-se todos aqueles que estão relacionados com a produção: problemas técnicos e econômicos, que abrangem inclusive o prepara técnico-profissional e, mais amplamente, o problema educacional.

Um segundo "grupo de problemas" seria constituído pela questão da "distribuição de riqueza" na sociedade, e aqui interviria a Previdência:

> "Em um segundo grupo vêm os problemas relacionados com a distribuição da riqueza, compreendendo, em particular, toda a organização trabalhista, baseada em um conjunto de princípios que se destinam a regular a participação dos trabalhadores na produção nacional, e permitir a plenitude de emprego. Em

particular, como dissemos, a instituição da Previdência Social fica localizada neste setor, com a finalidade de possibilitar aos que não trabalham por motivo de saúde a participação na renda nacional".

"(...) a renda nacional, isto é, a totalidade da produção deve ser distribuída pelos componentes da população. Nas primitivas sociedades, a própria produção era individual, isto é, cada indivíduo produzia para seu sustento e o da sua família. Aos poucos, no entanto, a divisão do trabalho foi se processando lentamente, e a distribuição da renda nacional, inicialmente feita em espécie, passou, com o advento da moeda, a se fazer através dos salários nominais; assim, o salário representa a parte de cada indivíduo no conjunto da renda nacional.

Como, porém, o salário só é adjudicado à população ativa, a participação dos inativos(...) exigiu a formação de um fundo com o qual ficasse garantida aquela participação. Tal o fundamento econômico que deu origem a Previdência Social". (...)

"Assim, de acordo com a legislação em vigor, a finalidade dos Institutos de Aposentadoria e Pensões é simplesmente conceder aposentadorias e pensões (grifos do autor), afirmativa que, a esta altura(1948), pode parecer ter sido feita para provocar risos. Todas as funções desses Institutos ficaram, pois, subordinadas a essa finalidade primordial. Assim, as inversões de fundos — construção de casas, etc. deverão ser encaradas como elementos subsidiários destinados a garantir aquela finalidade primordial (...)".

Dessa maneira, a partir de uma concepção muito simplificada da "organização econômico-social moderna", que não explica porque os salários anteriores e o Estado não são capazes de garantir a renda na inatividade, chega-se, outra vez, de um salto, à velha idéia neoliberal da "necessidade" de fazer seguro, de constituir um "fundo" especial para a garantia desta renda. E, imediatamente, conclui-se que este "fundo" só pode pagar aposentadorias e pensões (por ser um "fundo", isto é, seguro social).

O fornecimento de serviços (assistência médica, habitações, etc.) pertence, para o autor, a um terceiro "grupo de problemas" da "organização econômico-social moderna". Como tal, deve ser tratado à parte da questão previdenciária. Constitui uma questão de "assistência social" (conceito semelhante ao de "beneficência" no artigo anteriormente discutido) e é, retomando a dicotomia do

texto anterior, ele sim, um "problema de Governo", uma atribuição direta do Estado. Não cabe, portanto, à Previdência Social a adoção de medidas nessa área.

> "Por fim, os problemas relacionados com a higiene e a saúde pública. (...) Toda a assistência social se enquadra nesse vasto campo. (...)
>
> Nas críticas que atualmente se levantam contra a Previdência Social, quase que se queixam dela por não ter resolvido satisfatoriamente no Brasil todos os problemas referidos acima, como se aos Institutos coubesse qualquer interferência preponderante sobre os mesmos. Assim, os Institutos são acusados por não haver casas, por não haver comida, por haver tuberculose, por ser escassa a produção, por haver favelas, enfim, por todas as coisas desagradáveis que nem todos têm a coragem de reconhecer e confessar como deficiências do Brasil.
>
> Ora, todos esses problemas foram resolvidos em grande número de países sem qualquer interferência dos organismos da Previdência Social, que em muitos deles não existem sob a forma conhecida no nosso (...).
>
> (Nesses países) A solução dos problemas gerais de moradia, de higiene, de saúde pública, etc.; não foram, nunca, atribuídos a essas sociedades (de Previdência Social); foram sempre tratados como problemas de Governo e como tais foram resolvidos.

Madeira reconhece que os "três grupos de problemas" que apontou são articulados entre si, que sua classificação é, portanto, algo esquemática. E que as soluções têm que ser harmônicas. Mas isso não o faz abandonar a tese de que a Previdência é algo à parte do que denomina "assistência social". Em outras palavras, reconhece como atribuição do Estado a provisão de determinados serviços à população, mas não a garantia da renda na inatividade forçada, ainda que essa idéia seja apresentada ao revés (à Previdência-seguro cabem os benefícios; ao Estado os Serviços).

> "É claro que os problemas econômicos e sociais não podem ser encarados isoladamente; todos eles fazem parte de um conjunto que, para proporcionar os resultados desejados, devem constituir um todo harmônico e uniforme.
>
> Mas não podemos acusar os Institutos de fracasso, como fazem alguns, pelo fato de que não estavam resolvidos os grandes problemas do Brasil, que a eles

não era dado resolver, visto que para tanto não possuíam os meios legais, nem administrativos, nem financeiros. (...)

O conjunto de problemas implicados pelo que dissemos constitui, no final das contas, toda a organização econômica e social do país e não caberia de forma alguma às instituições de Previdência Social resolver, porque nunca lhes foi atribuída essa função. Ao conjunto das desventuras a que estavam sujeitos as populações obreiras, devemos acrescentar a interrupção do salário dos atingidos pela inatividade, ou, pelo menos, a incerteza da sua continuidade.

A Previdência Social surgiu exatamente para preencher essa lacuna; e não podemos dizer que não o tenha conseguido (...)

Os problemas da assistência médica, da educação, da alimentação, da saúde, etc., vinham sendo tratados há muito mais tempo por outros organismos públicos ou privados, que, se não o resolveram, não nos cabe aqui analisar por que motivos assim aconteceu.

É claro que devemos considerar todos os problemas relacionados com a organização econômico-social como constituindo um todo único. Mas mesmo assim poderemos distinguir os problemas diretamente relacionados com a produção, os referentes à distribuição da renda nacional, onde se localiza a instituição da Previdência e, por fim os problemas de higiene e saúde pública (...).

Dada a complexidade cada vez maior da vida social, é claro que todos esses problemas constituem, ou devem constituir, um plano harmônico e coordenado, de modo a se conseguir o ideal de segurança social, pela eliminação total dos riscos e das incertezas do futuro.

Dentro desse plano de conjunto, as instituições de Previdência constituem um dos grandes elos dessa enorme cadeia que deverá abranger toda a atividade social; mas não vamos pensar que qualquer dos elos possa constituir, por si só, toda a cadeia".

Embora esse artigo não exponha de maneira tão acabada como os de Catanhede e do GPD/IAPI a tese do "seguro social", ela permeia também, implicitamente, toda a sua argumentação contencionista, restritiva das despesas, de recusa da prestação de serviços. Vejamos a sequência das idéias:

1 - a questão da garantia da renda na inatividade (aos órfãos, velhos e inválidos) é um problema grave das classes trabalhado-

ras, sobretudo em países como o Brasil, onde a percentagem de inativos/população total é elevada, dadas as características demográficas e sanitárias.

2 - mas a solução desse problema não é uma atribuição direta ou exclusiva do Estado (por que?). Ao contrário da "assistência social" e educação (diríamos, mais genericamente, da "Política Social" como um todo). Exige, portanto, a constituição de um "fundo" financeiro (leia-se: de um mecanismo de seguro social).

Na verdade essa tese não é apresentada dessa maneira no texto, mas ao revés: o "fundo" constituído para a solução do problema da renda na inatividade (apresentado como um dado sem discussão) não pode ser utilizado para outros fins.

3 - mas não pode por que, perguntamos, se as reservas da Previdência (questão escamoteada com a ironia dos "pelicanos") já eram tão elevadas? O texto nem se preocupa em explicitar essa resposta, visto que ela é uma conclusão natural da idéia do "fundo". Se o mecanismo adotado para enfrentar o problema da renda na inatividade é um mecanismo de seguro, obviamente ele exige a constituição de grandes reservas, conforme já discutimos.

Trata-se, portanto, de um artigo que está na sequência dos anteriores. Faz parte do mesmo movimento de defesa da tese do "seguro social", do "regime de capitalização", contra a tendência à "repartição" que os segurados ("pelicanos") procuravam impor à Previdência desde seus primórdios, com vitórias e retrocessos ditados pelas condições políticas e econômicas mais gerais de cada conjuntura ao longo dessa história. Repete a concepção neo-liberal de Previdência Social de seus antecessores, segundo a qual "Previdência é Seguro", Previdência Social é um problema distinto da "Política Social" "sensu strictu". A partir daí, defende também as idéias de contenção de despesas, de acumulação e investimento das reservas. Em uma palavra, defende o patrimônio e os investimentos da Previdência contra a ameaça dos segurados.

Os textos analisados acima (CATANHEDE; O GLOBO; GPD/IAPI; e MADEIRA, op.cit.) nos parecem suficientes para documentar a existência de um projeto contencionista sustentado por técnicos e dirigentes previdenciários após 30, fato que a análise anterior do orçamento e da legislação já nos havia sugerido.

Procuramos demonstrar, portanto, que desde 1931 existia tal projeto. Se não o encontramos, inicialmente, sistematizado e explícito, estava pelo menos (o que é muito mais importante) expresso concretamente nas reformulações que se procurou realizar na estrutura previdenciária do país a partir de então através de mecanismos legislativos. Estava expresso nas novas disposições sobre benefícios e serviços, por um lado, e sobre o sistema de financiamento da Previdência, por outro, disposições que, como vimos, parecem por sua vez ter resultado em efeitos concretos, de caráter restritivo, sobre o orçamento.

Circunstâncias políticas posteriores fariam com que, a partir de certo momento, fosse necessário explicitar, organizar de forma mais sistemática e referida a um modelo teórico o que até então estava apenas implícito na legislação e nas medidas concretas adotadas, com o propósito de defender, contra interlocutores políticos, as medidas de contenção. Surgiram, então, no bojo deste processo, aqueles a quem denominamos "intelectuais do aparelho previdenciário".

Como vimos, esse grupo de técnicos e dirigentes da Previdência Social pretendia que suas concepções e propostas, bem como o referencial teórico que as embrasava (as noções de "seguro social" e de "modelo de capitalização"), fossem questões objetivas, neutras e puramente técnicas, questões apolíticas, não vinculadas a interesses distintos de diferentes grupos sociais e, portanto, indiscutíveis. Ao analisar textos representativos de seu pensamento, procuramos questionar esta concepção nas suas diferentes facetas.

Coloca-se, então, a seguinte questão alternativa: a nosso ver, toda a elaborada construção teórica das teses do "seguro social", do "modelo de capitalização", etc., não passava de uma tentativa de justificar "a posteriori", sob o manto de pretensa neutralidade técnica, decisões que tinham uma base fundamentalmente política. Ou seja: decisões escolhidas, entre outras possíveis,

em nome de interesses particulares e circunstâncias de determinados grupos sociais, em detrimento dos interesses de outros grupos. E mais: decisões que, tendo esse caráter, só puderam ser assumidas dada uma certa correlação de forças políticas que as tornaram possíveis naquele momento.

Faz-se necessária, portanto, uma tentativa de análise das características mais gerais da conjuntura em questão, que procure identificar entre elas as que, por um lado, estiveram na base das opções que o Estado foi levado a assumir e, por outro, possibilitaram politicamente tal opção. Desta forma, se procurará compreender as características da Previdência Social e de sua assistência médica no período, enquanto produto do contexto social mais global em que estavam inseridas, e não como fria opção técnica inquestionável, como se tentava fazer crer então. Passemos portanto a questão.

A primeira característica do período (mais especificamente do seu início), que nos parece estar articulada aos problemas em discussão, é a crise econômica do final dos anos vinte, no bojo da qual eclodiu a Revolução de 1930, geradora de profundas transformações na vida nacional, como um todo, e que inaugura também o período da história da Previdência de que se ocupa esse capítulo.

A Revolução de 30 herdara do regime anterior a profunda crise econômica que convulsionava o país há dois anos mais ou menos, consequência, por sua vez, da crise a nível internacional e da maneira como o Brasil estava articulado ao mercado mundial (31.a).

A crise nos países "centrais" provocara uma queda acentuada na procura e, consequentemente, no valor dos produtos primários, nossa fonte quase exclusiva de divisas. Exportando menos, recebendo menos ainda do que antes pelo que exportava, o país era forçado a também conter suas importações.

> "Para dar só um exemplo, o Brasil exporta 14.226.000 sacas de café em 1924, que rendem (...) 65.747 ouro; em 1936, 14.186.000 sacas que valem ( ... ) 17.785 ouro (...). Com o cacau é a mesma coisa (...)
>
> A baixa obriga o país a vender maior quantidade, para compensar os preços baixos. No entanto, num mercado em crise, nem sempre é possível manter-se a venda do mesmo volume para todos os produtos e

> por isso que temos oscilações contínuas no total de exportação. (...)
>
> (...) diminuem os valores de nossas exportações e importações. O país se empobrece, porque seus produtos não têm valor compensatório, o que nos obriga a importar menos, deixando assim de serem comprados artigos fundamentais". (CARONE, op.cit.).

Com uma economia fundamentalmente dependente do seu setor externo, os reflexos dessa situação logo iriam se fazer sentir no interior do país.

> "O impasse no setor externo é que explica o caos financeiro interno, e certas medidas governamentais para superá-lo, o que leva o governo a adotar planos financeiros e intensificar o comércio.
>
> A situação interna torna-se cada vez mais alarmante. A persistência da crise leva a revelações cada vez mais graves, que abrangem as finanças públicas e particulares (...) (relata vários pedidos de socorro financeiro dos estados à União).
>
> A situação bancária é periclitante (...) (relata vários processos de falências bancárias)" (ibid.).

Um setor particularmente afetado pela crise, e que nos interessa mais de perto, foi o orçamento da União. Condições ligadas à situação descrita acima provocaram, simultaneamente, a diminuição da arrecadação e o aumento das despesas, resultando em pesados deficits no imediato pós-30. Os impostos sobre o comércio exterior, importante fonte tributária no período, diminuíram com a queda no volume dos negócios nos dois sentidos. Por outro lado, as atribuições da União aumentavam cada vez mais.

Pressionado pelos produtores de produtos primários exportáveis a defender a sobrevivência desse pólo dinâmico da economia, o Estado foi levado a intensificar a política de "socialização das perdas" do setor. Não mais apenas através de mecanismos cambiais (que não o oneravam diretamente) mas agora comprando e estocando ou queimando estes bens, e com isso, garantindo seu mercado e tentando simultaneamente evitar uma queda maior ainda dos preços a nível internacional.

> "Daí o governo ter de intervir e manter preços fictícios para os produtos — até para o café — e depois, desfazer-se dos estoques por meio de queimas e outras medidas" (ibid.).

Os estados produtores, sofrendo também com a queda na arrecadação dos impostos internos, não tinham condições de enfrentar a crise e de assumir estas medidas. Na verdade, não estavam em condições nem sequer de enfrentar suas despesas ordinárias, tendo que recorrer, até para isso, à União.

> "(...) em dezembro de 1930, o Estado de Minas Gerais deve 434 mil contos; Flores da Cunha (interventor no Rio Grande do Sul) insiste, em janeiro de 1931, por auxílio do governo federal, devido à péssima situação bancária, aos débitos da requisição feita durante a revolução e ao atraso do Tesouro no pagamento da dívida flutuante; em novembro de 1931, o interventor Manoel Rabelo (SP) pede insistentemente que o governo federal adiante 30 mil contos para o pagamento da Força Pública, do funcionalismo, etc.; em março de 1931, é a Associação Comercial do Rio que pede ajuda, devido à alarmante situação da praça".
>
> "A violência e o prolongamento da crise, aliados à ação federal, levam paulatinamente Getúlio Vargas a um controle sobre toda a economia agrária (...) Os institutos oficiais substituem lentamente a iniciativa particular, e a dos governos estaduais, levando estes últimos a abdicar totalmente do controle de seus produtos (...).
>
> A verdade é que todas as soluções próprias feitas pelo estado (refere-se aqui a São Paulo) fracassam, pois o impasse dos preços baixos só pode ser resolvido através do governo federal (...)". (ibid.)

Assim, a União, que enfrentava também problemas com a sua arrecadação, foi chamada a assumir compromissos financeiros internos cada vez maiores: auxiliar os estados, e subsidiar o café e produtos semelhantes.(32) A consequência foi o crescimento do déficit orçamentário:

> "O 'déficit' orçamentário que aumenta astronomicamente em 1930 e 1932 — devido às duas revoluções — é outra faceta negativa das finanças governamentais. Com raríssima exceção todos os orçamentos do passado são negativos, mas a prosperidade econômica existente permite o equilíbrio. Agora, ao lado negati

> vo do saldo orçamentário somam-se as quedas de impostos internos e de importação, as dívidas estaduais, além dos fundos para a compra dos produtos agrãfios em super-produção. Daí ameaças e promessas, medidas de recuo de Getúlio Vargas, que obedecem mais às circunstâncias do que a plano preestabelecido". (ibid.)

Frente a esta situação deficitária, o Estado atuou no sentido de conter as demais despesas públicas, de modo a poder continuar injetando os recursos disponíveis nos setores produtivos da economia:

> "A medida inicial do ministro das Finanças, José Maria Whitaker (1930/31) é combater o déficit: são feitos cortes em orçamentos; faz-se redução nos vencimentos do funcionalismo público; o governo institui o famoso Código dos Interventores, lei que controla o gasto nos estados; institui o monopólio do câmbio (...); para atender à situação periclitante do comércio, o governo faz emissão para empréstimo; e diante da dificuldade da cafeicultura, o governo federal compra os estoques de 1931 e inicia a sua queima". (ibid.)

Aliás, no seu discurso de posse (32.a), Vargas já estabelecia como um ponto central de seu programa de governo, no âmbito econômico:

> "manter uma administração de rigorosa economia, cortando todas as despesas improdutivas e suntuárias — único meio eficiente de restaurar as nossas finanças e conseguir saldos orçamentários reais"-

Um ano depois, ao prestar contas das realizações deste período, o Presidente enumerou as medidas de contenção de despesas públicas efetivamente realizadas, que resultaram numa diminuição de 799.684.989$707 no orçamento de 1931, em comparação ao do ano anterior, apesar dos grandes encargos assumidos no mesmo período pelo Estado junto aos setores "produtivos", conforme já referido. (32.b)

A orientação contencionista das despesas públicas em setores não produtivos era acentuada, aliás, por pressões internacionais. Ocorre que, em função da crise, o governo fora obrigado a propor a seus credores externos uma renegociação das dívidas. Como

de hábito, a proposta só foi aceita após uma análise do quadro interno pelos banqueiros, seguida de recomendações contencionistas do tipo "clássico":

> "O Relatório é publicado em julho de 1931, e é análise da situação: fala em crise e resultados, na nossa 'confiança exagerada na emissão de notas, em prõstimos dispendiosos no estrangeiro, para fins de valor econômico duvidoso, e despesas públicas excessivas, que produziram uma situação de inflação financeira, para corrigir a qual pouco foi feito, dela provindo natural e inevitável tendência para a depressão do câmbio'. (...)
>
> Por fim, preconiza a manutenção do equilíbrio orçamentário, a estabilização da moeda e a instituição de um Banco Central (...)". (CARONE, op.cit.).

Nesse clima, é perfeitamente compreensível que o Estado não estivesse disposto, no imediato pós-30, a dispender recursos com as áreas ditas "sociais", entre elas a Previdência, que não estivesse disposto a realizar gastos "improdutivos", "para fins de valor econômico duvidoso", como a eles se referia o Relatório do Banco da Inglaterra.

Na já citada mensagem de Vargas ao final do primeiro ano de governo (32.b), isto é claramente explicitado. Tome-se como exemplo a questão da "Saúde Pública":

> "O lema adotado pela atual administração, em matéria de saneamento, foi 'economizar o mais possível a fim de atender aos reclamos da situação financeira do país e, ao mesmo tempo, manter a eficiência dos serviços sanitários'.
>
> Semelhante orientação, evidentemente, não pode ser definitiva. (...)
>
> Passado o período de reajustamento financeiro a exigir sinceras economias, nenhum serviço mais do que esse deverá receber a cuidadosa atenção do Governo".

Mais adiante:

> "Devido às angústias financeiras do país, o Governo Provisório se viu na contingência de suspender a contribuição federal aos serviços de profilaxia rural existentes nos Estados. O pensamento expresso do Governo é, porém, restaurar progressivamente essa contribuição e reformar, ao mesmo tempo, a técnica dos referidos serviços".

E, em números:

> "A diferença para menos no orçamento da Saúde pública para 1931, comparado com o orçamento para 1930, foi de 10.162:335$102 (...). O orçamento atual de todo o Departamento é de 14.107:532$589".

Mas, por outro lado, uma atitude francamente contencionista em outras áreas "sociais" de maior importância política, como a Previdência e a Assistência Social, que implicassem um retrocesso a uma postura "liberal ortodoxa" que a própria República Velha já havia começado a superar em seus últimos anos era algo incompatível com os projetos políticos do novo regime. Este aspirava, ao contrário, avançar nestes setores da "área social". Vejamos porque.

Ao contrário da República Velha, cuja forma de relacionamento com as classes trabalhadoras foi discutida no capítulo anterior, o novo regime tinha um projeto político mais definido para estes setores.

A revolução de 30 (ver as referências em que temos nos baseado para a análise do período) foi promovida basicamente por uma colizão entre setores dissidentes das oligarquias agrárias dos estados exportadores; setores das oligarquias agrárias dos estados não-exportadores; e uma facção radical, principalmente militar jovem, das classes médias urbanas (os "tenentistas").

Esta colizão, como logo ficaria evidente, era extremamente instável. E os setores dissidentes das elites dominantes, que haviam apoiado o movimento revolucionário contra o governo de Washington Luís, menos de dois anos depois já estariam compondo com seus antigos opositores, contra o novo regime.

Manobrando dentro deste fluido quadro político, Vargas procurou desde o início (na verdade, desde a sua campanha eleitoral) ampliar suas bases de apoio em setores outros que não as facções intra-oligarquias agrárias e o tenentismo: as classes trabalhadoras e o empresariado urbano (33).

Interessa-nos particularmente discutir as relações do novo regime com o primeiro desses setores: as classes trabalhadoras urbanas.

Já na sua plataforma de governo, na campanha eleitoral anterior à Revolução, dizia Vargas:

> "Não se pode negar a existência da questão social no Brasil, como um dos problemas que terão de ser encarados com seriedade pelos poderes públicos.
>
> O pouco que possuímos, em matéria de legislação social, não é aplicado ou só o é em parte mínima, esporadicamente, apesar dos compromissos que assumimos, a respeito, como signatários do Tratado de Versailles, e das responsabilidades que não advêm da nossa posição de membros do 'Bureau Internacional do Trabalho', cujas conclusões e convenções não observamos.
>
> Se o nosso protencionismo faborece os industriais, em proveito da fortuna privada, corre-nos, também, o dever de acudir ao proletário com medidas que lhe assegurem relativo conforto e estabilidade e o amparem nas doenças como na velhice.
>
> A atividade das mulheres e dos menores, nas fábricas e estabelecimentos comerciais, está em todas as nações cultas subordinada a condições especiais que, entre nós, até agora, infelizmente se desconhecem.
>
> Urge uma coordenação de esforços entre o Governo Central e os Estados, para o estudo e adoção de providências de conjunto, que constituirão o nosso Código do Trabalho.
>
> Tanto o proletário urbano como o rural necessitam de dispositivos tutelares, aplicáveis a ambos, ressalvadas as respectivas peculiaridades.
>
> Tais medidas devem compreender a instrução, educação, higiene, alimentação, habitação; a proteção às mulheres, às crianças, à invalidez e à velhice; o crédito, o salário e, até, o recreio, como os desportos e a cultura artística. É tempo de se cogitar da criação de escolas agrárias e técnico-industriais, da higienização das fábricas e usinas, saneamento dos campos, construção de vilas operárias, aplicação da lei de férias, lei do salário mínimo, cooperativas de consumo, etc".

Estas intenções foram reforçadas no discurso de posse, a 3 de novembro, já citado (32.a), onde o novo presidente fez questão de defender, logo de início, a idéia, de que não vinha em nome apenas de setores descontentes das oligarquias:

> "No fundo e na forma, a Revolução escapou, por isso mesmo, ao esclusivismo de determinadas classes.(...) todas as categorias sociais, de alto e baixo, sem

> diferença de idade ou sexo, comungaram em um idêntico pensamento fraterno e dominador: — a construção de uma Pátria nova, igualmente acolhedora para grandes e pequenos, aberta à colaboração de todos os seus filhos.

E mais adiante, no mesmo discurso, ao apresentar seu programa de governo, previu a criação do que seria um órgão específico para o relacionamento direto do Estado com as classes trabalhadoras, definindo assim suas atribuições:

> "(...) instituir o Ministério do Trabalho, destinado a superintender a questão social, o amparo e a defesa do operariado urbano e rural".

Antes do final do mês (26 de novembro), estava realmente criado o Ministério do Trabalho (aliás, "do Trabalho, Indústria e Comércio", reunindo num só órgão não apenas as funções de relacionamento com as classes trabalhadoras como também com o empresariado industrial e comercial urbano). O primeiro dirigente do novo Ministério, Lindolfo Collor, reafirma, na sua posse, as idéias de Vargas sobre a importância a ser dada às classes trabalhadoras, procurando caracterizar, por oposição ao regime deposto, uma diferença de postura em relação ao problema:

> "a questão social entre nós nada tem de grave ou de inquietador; ela representa um fenômeno mundial, é demonstração de vida, de progresso. O que de inquietador e grave aparece no Brasil é a preocupação de ignorar oficialmente problemas dessa natureza e desse alcance". (in CARONE, op.cit.).

Aliás, desde aí vai ser constantemente repetido pelos ideólogos do getulismo uma noção que, como vimos, não corresponde totalmente à realidade: a de que só após 30 o Estado brasileiro tornou-se sensível à "questão social". Era uma noção importante de ser difundida para que depois se desse o passo ideológico seguinte: a legislação trabalhista e social dependeu de Vargas, o "pai do povo", com o que Getúlio iria procurar obter para seu governo e para si pessoalmente os lucros políticos de um processo social complexo de abertura do Estado às reivindicações populares nesta área. Este

processo, como vimos, dependeu na verdade de uma árdua luta das nossas classes trabalhadoras, durante os trinta ou mais anos anteriores, sem contar os efeitos internos, indiscutíveis, da luta semelhante a nível internacional.

Ao comemorar o primeiro ano de governo, Vargas repete esta idéia: (32.b)

> "Não exageremos, recordando que, para a mentalidade predominante no regime passado, o problema operário, no Brasil, era simples questão de polícia. Em círculo de concepção tão estreita não cabiam as justas reivindicações proletárias, conquistas correntes que se haviam incorporado à legislação social da maioria dos países civilizados. Garantias mínimas, quase universalmente outorgadas às classes trabalhadoras, aqui, ainda consistiam em vagas aspirações, algumas displicentemente consubstanciadas em leis sem aplicação, outras, em maior número, de que o poder público, absolutamente, não cogitava.
>
> Sempre pensei de forma diferente, e já na minha plataforma de candidato afirmava: (repete o trecho transcrito acima da "Plataforma da Aliança Liberal".

Nesse avanço no sentido da busca de apoio político entre as classes trabalhadoras urbanas – elemento central da estratégia de Vargas – não poderia estar ausente, é claro, a questão da Previdência Social. Este problema era abordado já na citada plataforma eleitoral do então candidato, em janeiro de 30. É interessante observar como a opção pelo reforço do que chamamos de "caráter neoliberal" da Previdência já estava assumida. Mesmo assim, Vargas esperava que as realizações no setor fossem creditadas, politicamente, em favor de seu governo:

> "Quanto ao operariado das cidades, uma classe numerosa existe, cuja situação é fácil de melhorar. Refiro-me aos que empregam suas atividades nas empresas telefônicas e nas de iluminação e viação urbanas. Bastará que se lhes estenda naturalmente, dada a similitude das ocupações, o benefício das caixas de aposentadorias e pensões dos ferroviários, benefício de que já gozam, igualmente, os portuários.
>
> Idêntica providência deverá abranger, também, os marítimos e os empregados do comércio, de conformidade com os respectivos projetos, que se arrasta

> nas casas do Congresso. Os poderes públicos não podem e não devem continuar indiferentes aos apelos dessas duas grandes classes e doutras com iguais direitos e necessidades, tanto mais quanto a sua melhoria nenhum ônus acarretará aos cofres do país".

Na mensagem divulgada ao final do primeiro ano de governo (32.b), a questão volta a ser colocada, mais ou menos nos mesmos termos, embora de maneira mais sutil. E já agora referindo-se àquele nosso decreto-marco de 1931:

> "Já foi assinado o decreto de reforma da lei de aposentadorias e pensões, cuja elaboração foi procedida durante longos meses, ouvidos os diretamente interessados na reforma e submetidas as emendas a estudo de uma segunda comissão. Para dizer do interesse com que essa reforma foi acompanhada pelo público, basta acentuar que mais de setecentas emendas lhe foram apresentadas.
>
> A reforma, em linhas gerais, visa melhorar as condições das aposentadorias, que passam a ser móveis entre os limites de 70 a 100% dos vencimentos dos operários e empregados (34) e fortalecer os fundos das caixas (35), por forma a permitir que elas correspondam realmente à sua útil e nobre finalidade social. O Ministério do Trabalho já está autorizado a nomear uma nova comissão incumbida de redigir um ante-projeto de seguro social, de sorte a estender os incalculáveis benefícios das caixas de aposentadorias e pensões aos empregados no comércio e aos operários de indústrias privadas.
>
> Inútil seria dizer do alcance humanitário social dessa iniciativa. O Governo Provisório, com esse gesto, redime uma dívida de honra que os poderes públicos tinham com os trabalhadores brasileiros e que nunca preocupou maiormente os governos passados.
>
> É, como se vê, um esforço renovador digno de nota e que procura, sob todos os aspectos, e sem prejuízos à produção, assinalar a vitória da Revolução com grandes e decisivas conquistas sociais".

Era aqui que queríamos chegar. Ao contrário de outras áreas da "Política Social", no caso da Previdência "era fácil" como diz Vargas acima, conciliar as dificuldades financeiras do período com as necessidades políticas do regime junto às classes trabalhadoras. Ações nessa área, ao contrário das demais, podiam ser adotadas" "sem ônus (...) aos cofres do país", "sem prejuízos a pro

dução", como dizia o próprio Vargas nos discursos acima reproduzidos. "Bastaria" que, por um lado, fosse mantido (ou mesmo intensificado como, de fato, foi) o caráter "neo-liberal", auto-financiável, da Previdência ("sem ônus aos cofres do país"), desde que, por outro lado, isso não fosse muito evidente, e que o Estado pudesse passar não só por aquele que "concedia" instituições de Previdência Social aos trabalhadores (o que não tinha nada de original, como vimos), mas também como aquele que, aparentemente, arcava com parte considerável dos custos.

Parece-nos ser este o contexto explicativo, num primeiro momento, do conjunto de medidas que temos apontado como características do período. Por um lado, medidas reais de caráter contencionista, de exacerbação do caráter "neo-liberal" da Previdência: contenção de despesas e aumento das contribuições de empregados e empregadores. Por outro lado, medidas formais, com um caráter aparentemente oposto às tendências neo-liberais: o surgimento de uma "contribuição do Estado". Denominamos "formais" estas medidas, já que a pretensa "contribuição do Estado" tinha, em termos concretos, o sentido que já apontamos, isto é: fazia centralizar no Estado as antigas (e novas) "quotas" e "taxas" de Previdência" arrecadadas aos consumidores (que antes eram diretamente entregues às instituições previdenciárias), mas o repasse dos recursos, estipulado por lei, no concreto não era cumprido, nem nos montantes nem nos prazos devidos.

Dessa maneira, além de continuar sendo algo "sem ônus aos cofres do país", como "exigia" a crise econômica, a Previdência tornava-se, agora, ao contrário, um instrumento de acumulação de capital em mãos do Estado, capital que teria, em grande parte, outras destinações, como veremos.

Antes de seguir adiante, vejamos outras referências à questão previdenciária contidas na Mensagem de prestação de contas do primeiro ano do Governo Provisório [32.b]. A primeira já foi discutida por ocasião da análise da legislação previdenciária do período. Trata-se dos decretos nºs 19.554, de 31/12/1930 e 20.048 de 28/05/1931, os quais "como medida de emergência, suspendem(...) a concessão das aposentadorias ordinárias e extraordinárias, permitindo, apenas, a das que se concedem por invalidez e as pensões

herdeiros". Medida "de emergência" (portanto, teoricamente, provisória), de caráter assumidamente contencionista, mas que, como vimos, foi adotada posteriormente como medida ordinária, inscrita nos regulamentos de diversas instituições previdenciárias.

Outra referência é ao "Instituto de Previdência dos Funcionários Públicos da União" que, como diz o discurso, foi "transferido do Ministério da Fazenda para a jurisdição do Trabalho", e, que, portanto, já existia antes de 30. O texto descreve algumas mudanças administrativas simples realizadas no órgão em janeiro de 31 (diminuição do número de membros da diretoria, do Conselho Administrativo e do quadro de funcionários) e relata, a seguir, seu movimento financeiro neste ano, para concluir de uma forma ambígua, que sugere a paternidade da instituição (referida a uma categoria politicamente muito importante à época) pelo novo regime:

> "Os dados coligidos demonstram a grandeza da iniciativa de que resultou o Instituto do Funcionalismo, a que está reservado um futuro promissor e cujo desenvolvimento o tornará uma das maiores instituições de previdência do país".

Uma última referência é à "Vila Proletária Marechal Hermes", também originária de administrações anteriores, que estava com sua construção interrompida. Também neste caso ocorreu uma mudança de órgão responsável (da "Diretoria do Patrimônio Nacional" para o Instituto acima referido); mudou-se o nome da Vila para "Cidade-Jardim 3 de Outubro" (data da eclosão da Revolução de 30); e foram concluídas as primeiras 10 casas, que, no entanto, foram "vendidas a contribuintes do Instituto, na ordem de inscrição para a compra", como ocorreria com as demais casas que viriam a ser construídas (e como faria toda a política habitacional da Previdência nos anos seguintes).

Estas últimas referências caracterizam também o que já dissemos sobre a orientação da política previdenciária no período: no concreto, contenção de despesas e busca de autofinanciamento, em moldes "liberais", das medidas implementadas; mas, nas aparências, a tentativa de conquistar para o Estado (para o novo regime, e até para Vargas pessoalmente) os lucros políticos dessas mesmas medidas, como se ele, o Estado, as tivesse "concedido" e arcado com os seus ônus.

Até aqui, consideramos como principal determinante do processo de contenção de despesas na Previdência Social, o quadro crítico em que se achava a economia nacional no imediato pós-30, a crise econômica que se havia iniciado em fins da década anterior. No entanto, esta situação não perdurou por todo o período de que trata este capítulo. Em torno de 1933/34, a economia já recuperava seu ritmo normal. O que explica, então, a persistência das medidas contencionistas com relação à Previdência dai por diante?

Como vimos, as medidas adotadas no período de crise provocaram uma exacerbação do caráter "neo-liberal" da Previdência, que passou a ser quase que exclusivamente financiada por empregados e empregadores, cujas contribuições foram, inclusive, aumentadas. Os antigos e novos impostos ("quotas" e "taxas") "de Previdência", pagos por consumidores de diversos bens e serviços, eram, em grande parte e por bastante tempo retidos pelo Estado, constituindo, assim, na prática, uma nova fonte de receita do orçamento da União.

Esta prática ilegal de retenção pelo Estado da sua parcela de "contribuição" devida à Previdência persistiu, como veremos, até o final dos anos 60, quando o sistema tri-partite foi modificado. As "quotas" e "taxas" constituíram, durante todo este longo período, um imposto captador de recursos teoricamente destinados à Previdência, mas que na verdade cumpriam outras finalidades no orçamento.

Mas não era só por esse mecanismo, que a Previdência funcionava como um instrumento de acumulação de capital em mãos do Estado. Também a opção pelo "regime de capitalização" tinha esse mesmo efeito.

Como já foi discutido, o "modelo de capitalização" ou de "seguro social" funcionava na base da constituição de reservas financeiras, investidas de forma rentável, de modo a defender o seu valor dos desgastes inflacionários, ou mesmo, se possível, crescer em termos reais (os juros dos investimentos são "um quarto contribuinte" como diz MADEIRA, op.cit.). Ocorre que estes investimentos eram feitos, basicamente, em "papéis" do Estado, tais como títulos da dívida pública ou ações de empresas semi-estatais que co-

meçavam a ser criadas no período (v. adiante), seja por imposições legais formais que obrigavam as instituições de Previdência a comprar estes "papéis", seja porque eram efetivamente as melhores e mais seguras opções de investimento em nosso incipiente mercado financeiro à época. Intervinha ainda outro mecanismo compulsório: de vez em quando, parte da crônica dívida da União para com a Previdência era saldada (em geral, quando era politicamente conveniente alardear essa"benevolência" do Estado), mas o era, habitualmente, através da transferência de bens imóveis da União para as instituições previdenciárias credoras ou através de títulos da dívida pública e papéis semelhantes.

Por esse conjunto de mecanismos, as reservas da Previdência eram, na prática, em sua maioria repassadas ao Estado, através da compra de papéis públicos. Em 1933, por exemplo, para uma receita estimada de 97.714:021$914 e uma despesa autorizada de ..... 59.728:623$614,

> "os saldos disponíveis, investidos em títulos da dívida pública, atingem, por sua vez, a ..... 176.095:000$000". (35.a)

E em 1937:

> "para um ativo aplicado de cerca de réis ..... 622.013:000$000, as Instituiçoes de Previdência possuiam reis 530.274:000$000 investidos em títulos da Dívida Pública". (CATANHEDE, op.cit.).

Dessa maneira, dado o grande montante de recursos mobilizados e o tamanho de suas reservas (investidas), a Previdência Social foi se transformando, aos poucos, num dos mais importantes "sócios" da União e das empresas semi-estatais que Vargas fez nascer. Em outras palavras, a Previdência tornou-se um importante mecanismo de acumulação de capital em mãos do Estado, graças ao "regime de capitalização".

Acrescente-se a isso, como agravantes, o fato de que os juros pagos pelo Estado aos capitais nele investidos pelas instituições de Previdência, de apenas 5 a 7% a.a. (v. adiante) não eram sequer ao menos suficientes para manter o valor real destes recursos, pois o ritmo inflacionário médio anual no período correspondia ao triplo deste valor (v. Tabela VI).

Para este fato já chamavam a atenção os atuários do período. CATANHEDE, por exemplo (op.cit.), após citar os dados acima reproduzidos sobre o montante de investimento da Previdência no setor público no ano de 1937, acrescenta:

> "Se, de fato, as Instituições (de Previdência Social) devem ter uma fração de suas reservas com essa aplicação, (em papéis públicos), não só como valores de fácil liquidação e, principalmente, como elemento para desenvolvimento do crédito interno do Estado, que é um dos contribuintes, não se justifica a aquisição em massa, nem a formação de vultosas carteiras de títulos. Essa modalidade de investimento apresenta em elevado grau os inconvenientes que, para o Seguro Social, tem o fenômeno da desvalorização da moeda, que se vem processando em todo o ciclo histórico da economia. (...).
>
> A constância de uma política inversionista, orientada em sentido econômico-social e sem levar em conta o valor que representa para a estabilidade da Previdência Social, provocará fatalmente o fenômeno da descapitalização, fácil de ser verificado de forma alarmante em algumas de nossas Instituições, como já se verificou em outras estrangeiras, formadas sem bases técnicas atuariais e, ainda mais, sobrecarregadas pela deficiência na aplicação das reservas".

Como outro exemplo da mesma crítica, citemos um atuário de outro Instituto (35.b):

> "O regime de capitalização aplicado ao seguro social determina a acumulação de grandes somas, e, nesse particular, as questões do emprego das reservas técnicas assume um aspecto de dúplice importância para os segurados, e, em geral, para toda a coletividade.
>
> Na prática, se observa uma tendência difícil ou talvez impossível de controlar, ao destinar-se o dinheiro das instituições de Previdência Social para financiar iniciativas de interesse geral.
>
> O Estado como bem assinala o técnico R. Gonzalez, tem, de fato, necessidades sempre crescentes de dinheiro e não é possível impedir que recorra às associações que acumulam grandes capitais para solicitar-lhos em forma de empréstimo, dando em troca bônus que emite; ou melhor, resgata com obrigações de longo prazo. Isso que, a um simples relance, teria justificativa, não é, porém, aceitável porque, no terreno econômico, a diminuição do

> poder aquisitivo da moeda - um fenômeno sumamente artificial, o que significa que a instituição recebe dos capitais emprestados somas que têm, realmente, valor muito abaixo do inicial. Seus compromissos, pelo contrário, frente aos segurados não podem nem devem sujeitar-se a essas causas, e convêm, por todos os meios, se evitarem perdas possíveis de um fundo que é, sem dúvida, de garantia dos contribuintes".

Este novo papel da Previdência, do mecanismo de acumulação de capital para o Estado, tornou-se muito importante para outro projeto político-econômico central do novo regime: a questão da industrialização.

Como vimos, os primeiros anos da administração Vargas foram ocupados, no âmbito econômico, com o enfrentamento da crise. Superada esta, o país emergia dela significativamente transformado. Os anos seguidos de dificuldades nas exportações, com a conseguente escassez de divisas e necessidade de restrição às importações produziram um efeito colateral, não intencional, de proteção à indústria que, portanto, paradoxalmente, cresceu com a crise (v. as referências em que nos baseamos supra-citadas) Assim, na segunda metade dos anos 30, o setor industrial tinha um peso relativo muito mais importante na vida nacional do que em fins da década anterior.

> "A década de 1930 é o momento em que o valor da atividade agrícola no Brasil começa a ser superado pelo industrial. Crise, 'déficits' no balanço comercial, baixo preço do café, diminuição da renda monetária interna e encarecimento de mercadorias estrangeiras são alguns dos fatores da trágica dinâmica da época e que explicam como ao manter-se a procura interna com maior firmeza que a externa, o setor que produzia para o mercado interno (indústria) passa a oferecer melhores oportunidades de inversão que o setor exportador. Cria-se em consequência uma situação praticamente nova na economia brasileira, que cria a preponderância do setor ligado ao mercado interno no processo de formação de capital. A precária situação da economia cafeeira, que vivia em regime de destruição de um terço do que produzia, com um baixo nível da rentabilidade afugentava desse setor os capitais que nele ainda se formavam". (CARONE, op. cit. O trecho entre parenteses é de CELSO FURTADO, op.cit.).

No plano político, as oligarquias agrárias haviam reunificados suas facções divididas em 30, e, em 32, tentaram recuperar o poder, à frente de um movimento pela "reconstitucionalização" do país que resultou na guerra civil daquele ano, em São Paulo. Mesmo derrotadas, demonstraram a Vargas que contribuíam sempre uma ameaça potencial à sua estabilidade.

Dessa maneira, tanto as novas condições materiais impostas pelas transformações econômicas com a ascensão do setor industrial, quanto a conveniência política de buscar apoio também neste emergente setor das elites levaram Vargas a voltar os olhos com mais cuidado para a questão do apoio ativo à industrialização.

> "O surto de industrialização 'espontânea' foi auxiliado, em fins da década de 30, por uma política consciente de intervenção estatal, à medida que o repúdio do Estado Novo ao liberalismo político trazia consigo a determinação de se afastar do liberalismo econômico. Os empresários particulares eram estimulados a prosseguir com os seus próprios esforços, enquanto o governo federal ampliava a sua autoridade para dirigir a economia por dois modos principais: a 'manipulação de incentivos', tais como impostos, controles de câmbio, cotas de importação, controles de crédito e exigências salariais; e a intervenção direta, através de investimentos públicos e indústrias básicas, como o petróleo e o aço". (SKIDMORE, op.cit.).

Obviamente, num país como o Brasil à época, os recursos à disposição do Estado para promover tão ampla intervenção eram escassos. Neste contexto, as reservas acumuladas pela Previdência Social foram mobilizadas no processo de apoio à industrialização, como aponta SKIDMORE na sequência da citação acima:

> "Na primeira destas áreas, o Estado Novo presidiu à fixação dos primeiros salários mínimos. Ao mesmo tempo, o Ministério do Trabalho criava o aparelho sindical controlado pelo governo, que se tornou importante instrumento da intervenção do Estado na política salarial. Foram introduzidos ou fortalecidos outros recursos de estímulos administrativos: os institutos de previdência social e as caixas econômicas, cujos fundos de capital poderiam ser canalizados para investimentos de preferência do governo, o licenciamento de importações e o controle cambial, e o Banco do Brasil.

> com poder para fornecer empréstimos a sacadores indicados pelo governo". (Refere-se a seguir às indústrias de base e outros projetos infra-estruturais criados pelo Estado no período).

A canalização das reservas da Previdência "para investimentos da preferência do governo" foi um processo que efetivamente se desenvolveu em grande escala. Uma sucessão de decretos produzidos no período passou, ora a impor às instituições de Previdência Social ora a "autorizá-las" a investir suas reservas em áreas definidas como estratégicas pelo Estado. Por um ou outro dos mecanismos (imposição ou controle das autorizações) o Estado adquiria o poder de orientar o rumo dos investimentos das instituições de Previdência e efetivamente exercia este poder.

Em 28/07/1938, por exemplo, foi promulgado o Decreto-lei nº 574 que "dispõe sobre tomada de 'Bônus' emitidos pelo Banco do Brasil para financiamento da agricultura, criação e outras indústrias". Nos seus "consideranda" dizia:

> "(...). Considerando, mais, que o objetivo do poder público é o de instituir definitivamente no país, e desenvolver, o crédito agrícola e industrial, como providência indispensável, ao incremento da riqueza nacional,
>
> Decreta:
>
> Art. 1º - Para tomada dos 'Bônus' a que se refere o artigo 4º da Lei nº 454, de 9 de julho de 1937, o Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado e as Caixas e Institutos de Aposentadoria e Pensões concorrerão com uma porcentagem de seus depósitos ou fundos, que será fixada pelo governo da União, ouvidas as respectivas Juntas e Conselhos Administrativos".

Essa porcentagem foi estabelecida pelo Decreto-lei nº .. 2.611 de 20/09/40 ("Dispõe sobre os recursos para a Carteira de Crédito Agrícola e Industrial do Banco do Brasil e dá outras providências"):

> "Fica fixada em 15% (quinze por cento) a parcela com que o IPASE e as Caixas e IAPs obrigatoriamente concorrerão de seus depósitos ou fundos para a tomada de 'bônus' que forem emitidos nos termos do art. 4º da Lei nº 454, de 09/07/37, e do Decreto-lei nº 574, de 28 de julho de 1938".

O Decreto-lei nº 3.077, de 26/02/1941, (art. 3º) definia o valor de 5% a.a. para os juros devidos pelo Banco do Brasil às instituições previdenciárias por este investimento compulsório. Além disso, exigia (§ único) que os futuros saldos mensais da Previdência fossem também investidos, automaticamente, na mesma proporção definida pelo decreto acima (15%).

Desta forma, a principal agência financiadora das atividades produtivas privadas no período, a Carteira de Crédito Agrícola e Industrial do Banco do Brasil, passava a contar, compulsoriamente, com substanciais recursos advindos das reservas das instituições de Previdência Social.

Outro exemplo é o Decreto-lei nº 1.186, de 3 de abril de 1939, que "cria o Instituto de Resseguros do Brasil" e que dispõe em seu artigo 7º:

> "As ações da classe A, no valor total de 70% do capital serão subscritas, mediante determinação do Ministro do Trabalho, Indústria e Comércio, pelas instituições de previdência social, criadas por lei federal".

Em 4/12/1939 foi promulgado o Decreto-lei nº 1.834 ("Dispõe sobre a concessão de favores à indústria da celulose e da pasta de madeira e dá outras providências"), que, considerando a importância, sob vários aspectos, dessas indústrias (para a imprensa, reflorestamento, indústrias bélicas, etc.), rezava em seu artigo 1º:

> "As instituições de crédito dependentes do governo Federal e os institutos de previdência social subordinados ao MTIC ficam autorizados a conceder financiamento ou a efetuar empréstimos às pessoas físicas ou jurídicas, proprietárias de matas ou florestas (...) para o fim de montagem e exploração de usinas destinadas à produção de celulose e pasta de madeira para fabricação de papel para jornal, livros didáticos e material bélico".

O parágrafo único desse artigo fixava os juros em 7% a.a. e o prazo de amortização mínimo em 15 anos.

Em 3 de abril de 1941, o Decreto-lei nº 3.173 "autoriza a cessão a empresas nacionais e a cidadãos brasileiros de parte das ações ordinárias da Companhia Siderúrgica Nacional que o Tesouro Nacional subscrever e dá outras providências". Rezaba seu artigo 2º:

> "Os Institutos de Aposentadoria e Pensões dos Industriários, dos Comerciários e dos Bancários, e as Caixas Econômicas Federais do Rio de Janeiro e de São Paulo ficam autorizadas a subscrever as ações preferenciais da Companhia Siderúrgica Nacional.

Com dividendos de 6% a.a., como estabeleciam os parágrafos do artigo. O Decreto-lei nº 3.829, de 20/5 do mesmo ano, generalizou a autorização para todos os Institutos e Caixas, incluindo as ações ordinárias, além das preferenciais.

Em 20 de julho de 1943, o Decreto-lei nº 5.684 "autoriza a criação da Companhia Nacional de Álcalis, e dá outras providências", recorrendo-se outra vez às instituições previdenciárias para a arrecadação de parte dos recursos necessários:

> "Art. 2º (...)
>
> § 2º - O INS (Instituto Nacional do Sal) subscreverá as ações ordinárias, e, juntamente com os institutos de previdência social e caixas econômicas federais, as ações preferenciais para as quais não haja subscritores".

Crédito agrícola e industrial, resseguro, indústria da celulose, siderurgia, álcalis eram, portanto, algumas áreas estratégicas para a economia do período, para as quais o Estado orientava os recursos obtidos através das instituições previdenciárias.

Mas também para outras áreas de importância mais propriamente política para o Estado, eram canalizados recursos das mesmas fontes. Assim, o Decreto-lei nº 4.830, de 15/10/1942, que tratava da Legião Brasileira de Assistência (LBA), dispunha, em seu artigo 2º, sobre as fontes de receita deste órgão:

> "O Governo assegurará, à L.B.A., por intermédio do MTIC, uma contribuição especial, constituída:
>
> a) de uma quota mensal correspondente à percentagem de 05,% (meio por cento) sobre o salário

de contribuição dos segurados de Institutos e Caixas de Aposentadoria e Pensões, e descontada juntamente com a contribuição devida a tais instituições;

b) de uma quota mensal a ser paga pelos empregadores de importância igual àquela prevista na alínea anterior, e recolhida juntamente com a dos respectivos empregados;

c) de uma quota paga pela União, de valor igual ao da arrecadação a que se refere a alínea 'a'".

Isto é: exigia-se agora dos trabalhadores e dos empregadores que financiassem também a LBA com mais um desconto sobre seu salário. Mas tratava-se de uma instituição que não era fundamentalmente dirigida a eles, como, mal ou bem, as de Previdência, e sim a setores mais carentes ainda (desempregados, marginais urbanos, etc.), e que, além disso, executava ações assistenciais muito mais fragmentadas, parciais e insuficientes do que os Institutos e Caixas muito mais com propósitos políticos imediatistas do que com uma finalidade assistencial ampla e sistemática. Era uma instituição destinada àqueles setores marginais que cresciam rapidamente em termos quantitativos (e portanto políticos) na periferia do processo de urbanização e industrialização.

Ou seja, além de financiar um amplo setor da Política Social orientada para eles próprios (através da Previdência e Assistência Social), que o Estado alardeava como realização sua, os trabalhadores teriam agora de financiar também a que se orientava aos grupos marginais, levando ao paroxismo o processo que estamos tentando descrever como característico deste período. A disposição era tão absurda que seria revogada logo no início do período que se segue, em 29/11/1945, através do Decreto-lei nº 8.252 ("suprime a contribuição de empregados para a LBA, a que se refere o art.29, alínea 'a', do Decreto-lei nº 4.830, de 15 de outubro de 1942") , mantendo apenas as duas outras fontes (empregadores e União).

Disposição de caráter semelhante aplicava-se ao IPASE, através do Decreto-lei nº 970, de 21/12/1938, onde se lê:

"Art. 14 - Encerrado o exercício, os lucros apurados serão distribuídos, na forma do Regulamento, de acordo com os seguintes itens:

(...)

II - Lucros decorrentes da aplicação do capital:

a) 30% para obras de assistência social ou auxílio a instituições de interesse coletivo. (...) (36).

Coisa semelhante ocorria também com o IAPI, que definia, entre outros critérios de aplicação do patrimônio, o emprego em atividades de "interesse social e especialmente o dos associados do Instituto" (Lei nº 367, de 31/12/1936, Art. 5º, alínea b). Essa disposição era repetida nos mesmos termos para o IAPC (Decreto-lei nº 2.122, de 09/04/1940. Art. 23º alínea b).

Aquelas disposições legais, referidas mais acima que para alguns casos impunham, e para outros atualizavam o investimento das reservas da Previdência em setores econômicos de interesse do Estado, tinham o seu complemento e a sua legitimação nos regulamentos das instituições previdenciárias, que sempre incluíam um capítulo ou seção dedicado ao tema "Da aplicação das reservas", onde se criava tal possibilidade (v. decretos, acima referidos, de criação e regulamentação dos IAPs, além do decreto de 1931 para as CAPs).

Capítulos ou seções, presentes em todos os regulamentos do período, que constituíam a concretização, no plano legal, no "modelo de capitalização" pelo qual havia optado nossa Previdência (37). Assim, todos os regulamentos previam a aplicação das reservas em papéis do Estado (literalmente: "em títulos da renda federal" -CAPs, IAPM, IAPB -; "títulos de responsabilidade da União" - IAPI, IAPETC -; "títulos garantidos pelo governo Federal" - IPASE -; etc. v. decretos correspondentes, já citados).

Mas, além disso, o regulamento da maioria dos IAPs previa a concessão de empréstimos diretamente a empresários privados (em geral do setor de atividade a que estava orientado o Instituto) ou outros investimentos que não os papéis públicos. Alguns Institutos, como o IAPI e o IAPC, exigiam apenas que o empresário em questão estivesse inscrito no Instituto, como empregador de segurados ou como "associado facultativo". Veja-se, por exemplo, o que dizia a respeito a Lei de criação do IAPI (Lei nº 367, de 31/12/1936, art. 6º, § único):

> "Poderá também o Instituto conceder aos industriais seus contribuintes, quer como associados, quer pelo pagamento das contribuições da letra 'b' do inciso I do art. 4º (i.e., como empregadores) empréstimos garantidos pela caução de hipotecas ou debêntures de notória renda, cotação oficial e garantias suficientes".

O Regulamento do Instituto (aprovado pelo Decreto nº ... 1.918, de 27/08/1937) incorporava esta disposição (art. 42, § único).

No IAPC vigorava situação semelhante em relação aos empresários comerciais. Veja-se o já referido Decreto-lei nº 2.122, de 09/04/1940, que dizia em seu artigo 24:

> "A aplicação (do patrimônio) (...) consistirá nas seguintes operações:
> (...)
> c) empréstimos a empresas, ou instituições, contribuintes do Instituto e de suas delegacias, agências e sub-agências".

Sobre a questão das plicações de reservas, o decreto-lei de criação do IPASE (nº 288, de 23/02/1938) dizia:

> "Art. 26 - As reservas e disponibilidades do IPASE serão aplicadas em operações de crédito realizados com seus contribuintes, em imóveis, títulos com garantia real e títulos garantidos pelo Governo Federal".

Pode-se notar portanto que, neste caso como nos demais, o plano de aplicações transcedia as aplicações "de interesse social dos segurados" e em papéis públicos.

O regulamento do IPASE aprovado em 1940 (Decreto-lei nº 2.865, de 12/12) incorporava estas disposições na sua seção IV("Da aplicação dos capitais"). Aliás, nesse regulamento está mais explicitada do que em qualquer outro a questão que estamos discutindo:

> "Art. 11 - O IPASE realizará operações de capitalização para incentivar a economia e em particular facilitar a realização das operações imobiliárias que exijam garantias iniciais".

Vê-se aí, bem claramente explícita, a nova função que se :obrava então da Previdência Social entre nós: "incentivar a economia", o que só era possível, na forma proposta (investimentos de capital acumulado), através do "modelo de capitalização".

NO IAPETC ocorria coisa semelhante:

> "Entre as formas de aplicação de seu patrimônio, o Instituto dará preferência, na conformidade do que estabelecer o respectivo regulamento, a empréstimos a seus associados, financiamento de casas para moradia dos mesmos, compra de títulos de responsabilidade da União e aquisição de imóveis". (Decreto-lei nº 651, de 26/08/1938, Art. 8º).

Obviamente a "preferência" não excluía as demais formas :e aplicação.

No caso do IAPI:

> "O Instituto empregará seu patrimônio de acordo com a aplicação sistemática dos planos que tenham em vista:
>
> a) garantia real ou títulos de responsabilidade da União (...)".
> (Lei nº 367, de 31/12/1936, Art. 5º).

Disposição que é repetida nos mesmos termos para o IAPC (Decreto-lei nº 2.122, de 09/04/1940, Art. 23).

Pode-se notar então que não apenas o Estado como também diretamente os empresários privados tinham, no período, a Previdência Social como uma importante fonte de capital acumulado a que podiam recorrer para as suas necessidades nesta área. Numa época em que isso era particularmente importante, dado que o nosso mercado financeiro era ainda bastante incipiente.

Também os bancos privados tinham por vezes os seus depósitos aumentados com a presença de instituições previdenciárias como clientes. A disposição ordinária sobre este assunto, contida em todos os regulamentos, era a de que as reservas da Previdência :ão aplicadas deveriam ser mantidas em depósito no Banco do Brasil. No entanto, por vezes abriam-se exceções a esta regra, permitindo · depósito em instituições financeiras privadas. Veja-se, por exemplo, o que dizia sobre isto a Lei nº 159, de 30/12/1935, a que já izemos referências, em seu artigo 3º, § 3º:

> "Os recolhimentos de que trata o § 1º desse artigo (contribuições de empregados e empregadores) serão efetuados em conta da respectiva Caixa ou Instituto, ao Banco do Brasil e às suas agências, ou, com a aprovação do Conselho Nacional do Trabalho, a estabelecimentos bancários ou arrecadores, previamente designados pelos Institutos ou Caixas (...).

Veja-se no mesmo sentido, o decreto-lei nº 2.122 (de ... 09/04/1940) relativo ao IAPC:

> "Art. 25 - Enquanto não aplicado, o fundo disponível patrimonial permanecerá em depósito no Banco do Brasil ou em suas agências, nas Caixas Econômicas Federais, ou em outros estabelecimentos bancários, designados pelo Presidente do Instituto, com autorização prévia do Conselho Fiscal, cientificado o Conselho Nacional do Trabalho".

Tais ambiguidades da legislação permitiam, por vezes, que recursos das instituições previdenciárias fossem deslocados para bancos privados, negociações que, aliás, ficavam sob permanente suspeita de irregularidade por parte dos segurados.

Pelo menos uma vez uma negociação deste tipo foi objeto de investigação oficial, a partir da denúncia de um previdenciário e dirigente trabalhista, fato que obteve repercussão nacional e trouxe à luz outras informações sobre a questão. Trata-se de inquérito que foi mandado instalar em 1950 para apurar supostas irregularidades na administração do IAPM, presidido, na época, por Armando Falcão, figura cuja proteção política posterior fez com que esse assunto fosse por diversas vezes trazido à baila nos anos seguintes, e até recentemente, em julho de 1977. (ver Jornal do Brasil, de 30/06/1977, pp. 1, 6, 20, 22 e 23, e editorial na página 10).

Segundo este jornal:

> "O processo teve início em 26 de dezembro de 1950, com uma petição de representação criminal dirigida ao corregedor do Departamento Federal de Segurança Pública pelo procurador-geral do Distrito Federal, Sr. Theodoro Arthou. Nela o portuário Carlos Alberto Bustamante Silva, sócio do Instituto dos Marítimos e presidente da União dos Portuários do Brasil que, baseado em noticiário da imprensa, afirmava que os Srs. Armando Falcão e Rui Archer estavam incursos nas penas dos Artigos 312 e 315 do Código Penal.

> O Sr. Bustamante referia-se a 'desvio ilegal de reservas financeiras do IAPM, que têm destinação legal certa'. Afirmava que 'desde a segunda quinzena de outubro, jornais noticiaram a iminente falência do Instituto, como decorrência de irregularidades de sua administração'. Essas irregularidades seriam 'o empréstimo de Cr$ 22 milhões ao Banco Comercial de São Paulo' realizado em duas parcelas (...)".

Em sua defesa, durante o inquérito, o ex-presidente do IAPM afirmaria que a transferência de recursos do Instituto, do Banco do Brasil para o banco privado, efetivamente havia ocorrido, porém como procedimento absolutamente legal, e apenas devido ao fato de que "o IAPM ia realizar obras de certo vulto em Santos", acrescentando, inclusive, que uma vez que as referidas obras não foram realizadas, "a quantia, na sua totalidade (...) já havia sido retransferida para o Banco do Brasil", antes do fim de sua gestão (v. a matéria citada no Jornal do Brasil).

É claro que não nos cabe aqui julgar da legalidade ou ilegalidade desta negociação concreta. Nós a citamos apenas como um exemplo (que obteve repercussão particular dada a notoriedade das pessoas envolvidas e as dúvidas sobre a legitimidade dos procedimentos) de uma prática que se tornava razoavelmente habitual, não apenas em 1950, mas já desde o período de que se ocupa este capítulo: o depósito de recursos das instituições previdenciárias e bancos privados.

Aliás, o próprio Armando Falcão iria denunciar isto (em 1952, em discurso na Câmara dos Deputados, de que fazia parte então), mostrando como esta prática se havia generalizado antes de 46, não apenas entre as instituições previdenciárias como também entre várias outras autarquias. Ocorre que em 1952 o inquérito que sofrera o ex-presidente do IAPM foi relembrado pela imprensa com estardalhaço, fato interpretado por Falcão como um ato político de desgaste contra a sua pessoa, opositor que era do novo presidente (outra vez Vargas). Após defender-se das acusações (ver Jornal do Brasil, matéria citada), em discurso na Câmara contra-atacou:

> "Vale assinalar ainda, a propósito dessa questão de depósitos de dinheiro de autarquias em bancos particulares, que o governo do Sr. Getúlio Vargas,

> como acontece em relação a quase todos os assuntos de administração pública, não tem autoridade moral para atacar quem quer que seja.
>
> Em 29 de outubro de 1945 quando as Forças Armadas depuseram o senhor Getúlio Vargas, só a Central do Brasil tinha depositados em bancos particulares Cr$ 125 milhões.
>
> (...) Não era, porém, apenas a Central do Brasil que tinha dinheiro depositado em bancos particulares; quase todos os Institutos o tinham. Cito, por exemplo, o Instituto dos Comerciários, que, também em 29 de outubro de 1945, tinha depositado em bancos particulares cerca de Cr$ 300 milhoes".

Procuramos demonstrar nas páginas acima que, no período em análise, a Previdência, optando por um funcionamento em moldes "de capitalização" e impondo medidas restritivas às despesas sem retorno, acumulara um grande montante de capital que era investido em diferentes áreas. Dessa forma envolveram-se com a questão previdenciária grandes e diversificados interesses, não mais apenas em função de seus efeitos políticos sobre as classes trabalhadoras, mas agora também (e, a nosso ver, principalmente) em função de suas potencialidades econômicas. O Estado, com seu projeto de grandes investimentos infra-estruturais, o empresariado industrial e comercial, o mercado imobiliário, o capital bancário e outros setores tinham agora interesses econômicos na manutenção do "modelo de capitalização" e da política contencionista que tornavam a Previdência Social uma importante fonte de capital acumulado e disponível, num momento em que eram precárias as outras alternativas financeiras. A nosso ver, é impossível pensar a questão da opção realizada na época pelo modelo de "seguro social" e pelas medidas contencionistas assinaladas sem levar em consideração esse novo fator interveniente.

Procuramos discutir acima as relações que nos parecem ter existido, no período em análise, entre, por um lado, a opção do Estado pela exacerbação do caráter "neo-liberal" da Previdência (através do modelo de "seguro social", "de capitalização") e, por outro, o seu projeto mais geral no âmbito da economia (a questão da industrialização, da "modernização" do país e da necessidade de mobilizar recursos públicos para tanto). Em segundo lugar, a influência dos interesses privados associados a este projeto do qual eram os benefi-

ciários mais imediatos. Procuramos desenvolver esta discussão, partindo da súposição de que as citadas relações estariam na base das medidas adotadas no período em relação à Previdência Social, ainda que estivessem encobertas por pretensos argumentos de natureza exclusivamente técnica, supostamente "objetivos", meramente internos à questão previdenciária e aos interesses dos segurados, que os atuários apresentavam à época como justificativa para as medidas de cunho contencionista adotadas.

Aliás, pelo menos alguns técnicos e dirigentes previdenciários do período, defensores das medidas contencionistas e do "modelo" de "capitalização", tinham clara consciência dessas relações e defendiam explicitamente a importância da manutenção do "modelo de capitalização" na Previdência como fonte de acumulação de capital em proveito do Estado e do setor privado da economia, para fazer frente às chamadas "necessidades do país", num período em que as fontes alternativas de captação de recursos eram escassas.

Procuramos demonstrar a seguir esta questão, com o propósito de tornar claro que as citadas relações entre o modelo de "seguro social" e as "exigências da economia" no período não foram apenas apreendidas "a posteriori" por nós, mas estavam presentes também na consciência dos responsáveis pela política previdenciária na época.

Citemos novamente, neste sentido, o primeiro " intelectual do aparelho previdenciário" a que fizemos referência, Plínio Catanhede (v. CATANHEDE, op.cit.), que expõe em seu trabalho uma clara consciência desses problemas.

O texto já citado deste autor ("Introdução do Relatório de 1940", do IAPI, apresentado ao Conselho Fiscal do Instituto) — começa com um capítulo aparentemente sem sentido para um documento burocrático dessa natureza, denominado exatamente "O Desenvolvimento Industrial do Brasil", no qual Catanhede se mostra um apologista entusiasmado da nossa industrialização, um "desenvolvimentista" "avant la lettre" (v. capítulo seguinte de nosso trabalho). Eis como inicia o texto:

> "A evolução industrial do Brasil é uma realidade. Deixando de ser aquele, tão falado país 'essencialmente agrícola' e de 'economia de sobremesa', incorpora-se entre as nações que buscam na produção

> industrial os verdadeiros rumos de uma independência econômica, única capaz de manter a sobrevivência de uma nação e de um povo.
>
> Apesar de apresentarmos índices de relativa pobreza, em relação a outros núcleos de civilização mais adiantada, a evolução econômico-industrial se tem feito sentir no século atual, mormente no último decênio, de forma acentuada".

Segue-se uma análise da nossa evolução econômica desde o século XVII, até chegar aos dados do quadro industrial brasileiro em 1940.

No segundo capítulo passa então a tratar das relações da Previdência Social com esse processo. A primeira relação que aponta se refere aos efeitos políticos apaziguadores da Previdência (e de toda a legislação trabalhista) sobre o comportamento das classes trabalhadoras. Já tivemos oportunidade de nos referir a esse aspecto do trabalho do autor em questão (v. nota 27). Porém, mais adiante, refere-se a outro ponto de articulação entre a Previdência (enquanto "Seguro Social") e o tão almejado "desenvolvimento econômico", (compreendido como "industrialização"):

> "Ainda no exame geral do problema do Seguro Social, há dois pontos interessantes a focalizar: o primeiro relativo à economia forçada que o trabalhador faz com o desconto em seu salário de uma contribuição para a Instituição a que, compulsoriamente, é agregado.
>
> Essa contribuição, geralmente mínima em importância, pouca influência teria na economia individual e provavelmente teria uma aplicação desprovida de qualquer sentido econômico produtivo.
>
> O conjunto, porém, dessas pequenas contribuições, além de despertar a noção necessária de economia em nossa gente, correspondente à 'épargne' do franceês, permite, pelo seu vulto, ter uma destinação produtiva e social, já que a acumulação de grandes importâncias a serem investidas, a longo prazo, dá ensejo à aplicação de caráter produtivo e de elevadas finalidades sociais".

Aqui, Catanhede (ou seja: o presidente do IAPI em 1940) explicita claramente aquilo que discutíamos acima: a importância de manter a organização da Previdência em moldes de "seguro social", como instrumento de acumulação de capital em mãos do Estado, em proveito do processo de industrialização do país.

O autor refere-se, a seguir, ao que vê como mais uma função da Previdência: a de "colaboração(...) no problema(...) de distribuição das riquezas" (possibilitando aos aposentados e pensionistas "continuar a exercer sua capacidade aquisitiva que, embora diminuída, de todo não os deixa à margem do consumo". Leia-se: do mercado). E conclui:

> "São esses dois aspectos que muitas vezes escapam aos olhos daqueles que só querem ver na Previdência Social um acúmulo de contribuições, sem funções, sem responsabilidades e sem conseqüências benéficas para a economia em geral".

O quinto e último capítulo do texto, todo dedicado a estas questões, denomina-se, exatamente: "A aplicação das Reservas e Suas Conseqüências Econômicas":

> "A aplicação generalizada, no Seguro Social, do regime financeiro de capitalização traz como conseqüência lógica a acumulação de grandes capitais, que constituem as reservas matemáticas do Seguro e que por sua própria natureza devem ser aplicados para que o plano de benefícios possa ser mantido através das gerações que se sucedem. Em resumo, para que a Previdência Social possa cumprir suas finalidades. E o problema pelo vulto dos capitais que se formam, mormente nos primeiros anos, escapa ao campo limitado do Seguro Social para se projetar com relevância no domínio da Economia Nacional".

Faz a ressalva de que:

> "qualquer Instituição de Seguro, tecnicamente organizada, quer de Seguro Social, quer de Seguro Privado, tem absoluta necessidade de aplicar suas reservas por motivos específicos de suas funções, essenciais à obtenção e à manutenção de sua estabilidade financeira, e não porque sejam essas inversões de capitais fins a que se destinem tais organismos".

Mas, posta esta questão a nosso ver meramente formal, o autor faz depois repetidas referências à necessidade de orientar os investimentos da Previdência Social também segundo os interesses do "desenvolvimento econômico" e da industrialização do país:

> "Nas Instituições, quer de Seguro Privado, quer de Seguro Social, há problemas delicados, cujas soluções devem obedecer:
>
> (...)

b) às condições e à configuração do mercado econômico de capitais para que suas aplicações não tragam efeitos perniciosos à economia e sim representem um estímulo às atividades produtoras em geral". (...)

"No Seguro Social (...) sendo o Estado partícipe nas contribuições, é de justiça que sejam atendidos os imperativos do fomento de produção (...)"

"Visando o tríplice aspecto já considerado, os planos de aplicação de reservas do Seguro Social devem obedecer:
(...)

II na ordem econômica, ao critério de orientação.

a) para os ramos da atividade econômica que apresentam as mais elevadas percentagens de 'rentabilidade marginal' e as melhores garantias de estabilidade conjuntural;

b) e, dentro de cada ramo, em formas que possam significar incentivo à industria nacional em qualquer de seus estágios de fundação, mantença e de desenvolvimento.

III na ordem geo-econômica, ao critério de montantes de aplicação:

(...)

b) proporcionados às necessidades decorrentes do surto e do nível das atividades industriais" (...).

"Com a obrigatoriedade de subscrição de bônus dessa Carteira (de Crédito Agrícola e Industrial do Banco do Brasil) — na proporção de 15% de suas reservas disponíveis — as Instituições da Previdência cooperam para o desenvolvimento da economia através do organismo que deve — pela sua própria organização e finalidade — estar perfeitamente aparelhado para integral execução dessas complexas e dedicadas funções de distribuição de crédito às legítimas atividades produtoras do país". (...)

"Ainda através dos depósitos bancários, principalmente pelos depósitos a prazo fixo, que as Instituições de Seguro Social mantêm nos Bancos do país, essa função do amparo e auxílio às atividades produtoras é parcial e indiretamente obtida, pois a rede bancária é o veículo natural das transações econômicas".

Etc.

2270

Já vimos em citação anterior a crítica que o autor, juntamente com outros atuários do período, fazia à excessiva concentração de investimentos das instituições previdenciárias em títulos da dívida pública e outros papéis semelhantes. Mas, em primeiro lugar, como se pode observar naquela mesma citação, apesar da crítica, Catanhede continuava acreditando que estas aplicações eram legítimas, uma vez que o Estado era também "partícipe nas contribuições", e, ainda, que elas atendiam a um suposto "interesse geral" da Nação. Em segundo lugar, sua crítica parcial a este tipo de aplicação do patrimônio da Previdência não era extensível a outras formas de investimento, seja no setor público ou privado. Muito pelo contrário. Ou seja: Sua crítica não se dirigia ao "modelo de capitalização" em si, e sim ao tipo de aplicações "escolhidas".

A seu ver, a bem tanto da segurança do patrimônio da Previdência quanto do "Desenvolvimento Industrial" do país, os investimentos deviam também dirigir-se diretamente às atividades produtivas e acessórias destas, quer no setor público ou privado, de modo a não correr o risco de se perderem apenas em destinações improdutivas, como poderia ocorrer com os investimentos em títulos da dívida pública.

> "Ao contrário do que sucede no Seguro Privado, tem notável influência no Seguro Social o fenômeno, podemos quase que afirmar, fatal, da desvalorização monetária. A forma de reparação do dano, sendo na Previdência Social função do salário, apresenta o inconveniente que, na maioria das vezes, o Seguro Privado desconhece: as perturbações técnicas e financeiras produzidas pela elevação do nível do salário. No Seguro Social, ao contrário do que se verifica no Seguro Privado, o risco de desvalorização da moeda corre por conta da Instituição e não do segurado. E a instituição só se poderá cobrir deste risco com uma política inversionista racional, orientada no sentido de aplicação em valores que cresçam com a depreciação da moeda, como, por exemplo, em propriedades urbanas bem localizadas ou em ações industriais de primeira classe".

Portanto, desse ponto de vista, propõe um plano de aplicações amplo que incluísse, além da "Aquisição de Títulos da Dívida Pública":(38)

> "aquisição de propriedades urbanas e rurais nas zonas de franca valorização"; "aquisição de ações industriais ordinárias ou preferências de primeira classe"; "aquisição de debêntures de Indústrias privadas"; "aquisição de cédulas hipotecárias"; "empréstimos sob penhor de títulos das Economias Públicas ou Privadas"; "depósitos a prazo fixo em Bancos de absoluta solidez".

Para concluir a análise do pensamento do autor frente a esta questão (que nos parece demonstrar uma visão extremamente clara dos interesses econômicos, na época, à questão previdenciária), acrescentamos que, apesar de ver o Estado como agente legítimo capaz de liderar o processo industrializante e "modernizante" a que tanto aspirava, Catanhede sugere cautela nesse processo, de modo que a intervenção do Estado no âmbito da economia, com recursos provenientes da Previdência, não viesse a sufocar a iniciativa privada que, segundo ele, é em todos os tempos e em todos os povos, um dos fundamentos do progresso econômico e do bem estar coletivo":

> "Nos países neo-capitalistas, caracterizados por economia de fraca densidade de capital e escassa densidade demográfica, a inversão das reservas da Previdência Social deve ser examinada com prudência, pois a formação de grandes massas de capitais acumulados, decorrentes da obrigatoriedade do seguro, pode acarretar um conjunto de conseqüências de profunda repercussão na economia das nações, tanto mais intensas quanto mais restritos os mercados de capitais das nações ainda em desenvolvimento econômico. O volume desses capitais acumulados, em relação à riqueza privada, adquire tais proporções que se torna necessário fixar diretrizes que definam o campo de ação desses organismos, impedindo que a devolução ao meio econômico das reservas constituídas, venha perturbar as iniciativas ou atividades dos capitais privados que têm sido, em todos os tempos e em todos os povos, um dos fundamentos do progresso econômico e do bem estar coletivo. É imprescindível examinar as condições peculiares das economias regionais, de modo que esses capitais, que podem ser instrumentos de progresso quando bem aplicados, não se transformem em fatores de retrocesso da economia nacional".

Ou seja, no entender do autor, não se tratava de promover, através de recursos acumulados pela Previdência Social, uma intervenção do Estado no âmbito da economia que viesse a substituir o capital privado (provocando "um retrocesso da Economia Nacional"). Ao contrário, tratava-se de promover, através destes mes-

mos recursos (e da própria intervenção do Estado) o crescimento deste último setor ("que tem sido em todos os tempos e todos os povos...").

Ocupamo-nos longamente do texto de Catanhede, porque ele nos parece deixar bastante clara a total reviravolta que foi imprimida, no período, à questão previdenciária entre nós. Como vimos nos capítulos anteriores, a instituição "Previdência (e Assistência) Social" nasceu no Brasil como produto da questão operária do início do século. Nesse período, as classes trabalhadoras urbanas haviam começado a pressionar o Estado pela sua intervenção direta do âmbito do que se denominaria mais tarde "Política Social" (bem como em outros âmbitos correlatos, como as políticas trabalhista e salarial), isto é, pressionavam pela concessão por parte do Estado de determinados bens e serviços.

Vimos também que, no período seguinte (1923-1930), a solução encontrada pelo Estado para dois setores da área dita "social" - benefícios pecuniários e assistência médico-farmacêutica - foi do tipo que denominamos "neo-liberal". Ou seja: ao invés de intervir diretamente, concedendo ele próprio estes benefícios e serviços, o Estado atuou de forma meramente normativa, impondo, por lei, a inscrição compulsória dos trabalhadores em instituições "de seguro", quase autofinanciáveis, semelhantes às que os próprios trabalhadores já haviam autonomamente organizado desde épocas anteriores. As novidades que caracterizaram a intervenção do Estado nessa área, além da compulsoriedade da inscrição, foram o acréscimo de duas fontes de financiamento: a contribuição dos empregadores (também já existe antes, voluntariamente, em algumas empresas) e dos consumidores diretos dos bens e/ou serviços das empresas envolvidas.

As pressões anteriores pela concessão por parte do Estado de determinados benefícios e serviços foram, portanto, respondidas com a organização, a nível da sociedade civil, de instituições de previdência e assistência financiadas, em parte, diretamente pelos próprios trabalhadores. Vimos que as suas lutas posteriores em torno dessa questão fizeram-se no sentido de limitar aos menores ní-

veis a sua participação financeira nestas instituições, exigindo por outro lado melhores planos de benefícios e serviços. Ou seja: concretamente, questionando na prática o caráter "neo-liberal" que havia sido imposto à forma de enfrentar estes problemas.

Mas no período de que trata este capítulo (1930-1945), foi imposto à questão previdenciária um rumo completamente oposto a este:

1) aumenta progressivamente a participação dos empregados (e empregadores) do financiamento da Previdência; e

2) passa o Estado a reter parcialmente, dando-lhe outras destinações, os recursos arrecadados dos consumidores a título de contribuição para a Previdência Social.

Além disso:

3) em nome de uma pretensa "teoria do seguro social", comprime os planos de benefícios e serviços (que chegam a retorceder em relação aos anteriores), o que resulta numa grande acumulação de reservas; e

4) passa a usar estas reservas (a título de aplicação do capital, em defesa do patrimônio das instituições previdenciárias) como fonte de financiamento aos projetos político-econômicos do Estado, e ao empresariado privado de diferentes setores.

Tudo isso (com exceção do segundo item) justificado no plano teórico (leia-se ideológico) pela opção por organizar o enfrentamento da questão previdenciária e assistencial pela via do "seguro social". Uma opção, entre outras possíveis, que, como vimos, é política, ainda que esse caráter tenha sido sistematicamente escamoteado.

Para concluir o quadro, falta acrescentar que algumas medidas adotadas no período – tais como o surgimento da noção de "contribuição do Estado"; e a extensão do mesmo regime previdenciário "neo-liberal" a novas categorias profissionais – resultavam no ocultamento (ou pelo menos tentativa de ocultamento) do real sentido das mudanças concretamente estabelecidas e analisadas acima. Com isso, procurava-se associar os passos dados no período com relação à questão previdenciária ao processo mais geral de outorga, ao "pai dos pobres", do título de criador da pretensa "legislação social mais avançada do mundo".

Em resumo: a partir das reivindicações dos trabalhadores no início do século, no sentido de que o Estado financiasse a satisfação de algumas das suas necessidades, tínhamos chegado, no concreto, à situação exatamente inversa, qual seja, a dos trabalhadores financiando a satisfação de algumas "necessidades do Estado" e do empresariado privado.

Mas nada disso podia, obviamente, ter sido obtido apenas por meio de meras manipulações ideológicas das medidas concretamente adotadas sobre a questão. Já tratamos anteriormente da importância que as características políticas gerais vigentes no período - mormente o autoritarismo, a repressão exacerbadas no pós 35/37 - tiveram para a viabilização do processo acima descrito. Essas características foram, a nosso ver, a condição fundamental para que tudo se passasse como se passou. Mas vejamos agora algumas manifestações mais específicas do problema no interior da própria estrutura previdenciária. Isto é, vejamos as transformações ocorridas no período na própria forma de gestão das instituições de Previdência. Essas transformações foram, a nosso ver, igualmente fundamentais para que tudo o que foi exposto acima pudesse ter ocorrido.

Como foi discutido no capítulo anterior, as instituições previdenciárias "criadas pelo Estado" antes de 30 (as CAPs) eram, no entanto, instituições localizadas, totalmente no âmbito da sociedade civil. O Estado, que apenas impusera a sua criação por lei, estava completamente ausente não apenas do ponto de vista financeiro, como também administrativo. (39). Em relação ao primeiro aspecto, como vimos, as próprias empresas entregavam às Caixas, mensalmente, o valor correspondente ao total das três contribuições (da empresa; dos empregados - descontada dos salários -; e das "quotas de Previdência" - taxas cobradas sobre o preço dos bens e/ou serviços prestados), sem qualquer mediação estatal. As transformações introduzidas após 30 já foram discutidas.

Em relação à administração, esta era exercida antes de 30, como também já foi discutido, por um "Conselho de Administração", sem qualquer participação do Estado, composto de:

- um Presidente (inicialmente "o superintendente ou inspetor geral da empresa" e, a partir de 1931, eleito pelo próprio Conselho Administrativo entre os seus membros. V. decreto nº 20.465, de 1º/10) (40).
- os dois representantes do empregador, por ele designados.
- e dois representantes dos empregados, eleitos por estes a cada três anos, em assembléia, a nível da empresa.

A presença do Estado, no que tange às questões administrativas, restringia-se apenas, como foi ressaltado no capítulo anterior, às atividades do Conselho Nacional do Trabalho (criado formalmente por Arthur Bernardes em abril de 1923), que era somente uma instância de recurso em casos de litígio, encarregada do exame dos balanços das Caixas, e da aplicação de multas às empresas que desrespeitassem as disposições legais. Ou seja, tinha uma participação meramente externa, normativa, à distância, em relação às questões previdenciárias (sem contar o fato de que era uma instituição "totalmente inoperante", no dizer de RODRIGUES, op.cit., como já foi frizado).

O que se deu neste campo, no período ora em análise, foi um processo de progressivo controle por parte do Estado da gestão das instituições previdenciárias, que se iniciou em 1933, a princípio nos recém-criados Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs), e atendendo-se depois também às próprias Caixas, como veremos a seguir.

Os Institutos, ao contrário das CAPs, não eram organizados por empresa, e sim referidos a grandes categorias profissionais, englobando empregados de múltiplas instituições de cada ramo representado (indústria de transformação; comércio; bancos; transportes terrestres e estiva; marinha mercante; e servidores públicos civis), tendo sido essa mudança de critério de organização da Previdência apresentada na época como "racionalizadora", do ponto de vista administrativo e, principalmente, atuarial (dado o número maior de segurados, permitiria uma previsibilidade maior das despesas com benefícios, reservas maiores a serem investidas, etc.). Ou seja, sua justificação já pressupunha o modelo de "seguro social".

Mas não é esse aspecto, já extensamente abordado, da questão "seguro social" que queremos discutir agora e sim o que denominamos "processo de progressivo controle por parte do Estado da gestão das instituições previdenciárias". Este processo, embora contemporâneo do surgimento dos "Institutos", não foi determinado, a nosso ver, pela mera mudança de critério de organização da população segurada produzido por este novo modelo (IAP), e sim pelas características autoritárias e repressivas da época (inclusive exacerbando-se após 37, como veremos).

Aliás, em relação a este problema, 1937 (ou seja, o início do Estado Novo) parece delimitar bem dois momentos sucessivos apontando ambos na mesma direção, no referido processo. Comecemos então pelo primeiro.

Como foi visto, o modelo inicial das CAPs previa como órgão diretor máximo destas instituições um Conselho Administrativo, composto exclusivamente de representantes dos empregados e empregadores. O que ocorreu no subperíodo 33-37, em primeiro lugar, foi que, na forma de gestão dos IAPs (as CAPs foram mantidas por enquanto como antes), sobrepôs-se ao Conselho (ou Junta) Administrativo (ou Fiscal) formado por empregados e empregadores uma autoridade superior: um Presidente (ou Diretor-presidente) do Instituto, nomeado diretamente, por decreto, pelo Presidente da República. Ou seja, surgiu algo novo: um representante do Estado, e mais, em posição hierarquicamente superior aos seus congêneres patronais e trabalhistas.

Dizia, por exemplo, o decreto de criação do IAPM, (junho de 1933):

> "Art. 13. O Instituto será dirigido por um presidente, assistido por um Conselho Administrativo.
>
> § 1º. O presidente será escolhido entre cidadãos brasileiros versados em questões sociais e nomeado por decreto referendado pelo Ministro do Trabalho, Indústria e Comércio".

E o regulamento do IAPB (setembro de 1934):

> "Art. 8º. O IAPB será administrado por um diretor presidente, assistido por uma Junta Administrativa.
>
> (...)

22777

> § 2º. O diretor-presidente será nomeado, em comissão pelo Presidente da República, dentre os cidadãos brasileiros maiores de 25 anos e versados em legislação social".

Ou, ainda, o decreto de criação do IAPI (dez. de 1936):

> "Art. 11. O Instituto será administrado por um Presidente de nomeação do Presidente da República assistido por um Conselho Fiscal de quatro membros, com mandato trienal, e eleitos dois pelos sindicatos de empregadores e dois pelos sindicatos de empregados na indústria".

O regulamento do IAPI (agosto de 1937) manteve essa mesma disposição.

Nota-se que, como já sugerem os próprios artigos acima citados, esse cargo de presidência de um IAP era algo distinto da presidência do Conselho de Administração no modelo anterior das CAPs. Lá, como dissemos, o Presidente do Conselho era apenas um membro deste, com função específica apenas de coordenação de seus pares e com voto de desempate (ver nota 40). Enquanto aqui, nos Institutos, ao contrário, a Presidência era um cargo à parte, hierarquicamente distinto do Conselho, o qual devia meramente "assistí-la". O Presidente era a instância efetivamente "dirigente" da instituição.

Assim, ao contrário dos decretos de 23 a 26, os acima citados, dedicavam artigos especificamente à definição das atribuições do Presidente, por um lado, e do Conselho Administrativo (ou correspondente), por outro (v. os decretos referidos e seus capítulos sobre a administração).

Em termos gerais, pode-se resumir estas disposições dizendo que cabia agora ao Presidente o exercício da administração cotidiana no Instituto, assim como a iniciativa nas questões orçamentárias, de pessoal, de investimentos, etc...). Ao conselho, que se reunia apenas periodicamente, cabia, por sua vez, assessorar e julgar os atos da Presidência.

Interessa-nos frisar, como modificação importante introduzida no período no âmbito administrativo, que, enquanto o Conselho Administrativo (redefinido) permanecia sendo eleito por empregados e empregadores, o novo cargo dirigente, extremamente importante e efetivamente à testa da instituição, era aquele de designa-

ção do Estado, que introduzia assim (a uma posição central e de elevado nível de poder) um representante seu na gestão dos órgãos da Previdência, coisa anteriormente inexistente. E representante que era nomeado e podia ser demitido "ad natum" pelo Presidente da República.

Catanhede, no texto acima citado, apresenta-se de uma forma que é bastante ilustrativa do novo tipo de dirigente máximo das instituições previdenciárias:

"Plínio Reis Catanhede Almeida
Atuário do M.T.I.C. -
Presidente do I.A.P.I."

Começava a se romper, desta forma, o modelo anterior de quase total autonomia das instituições previdenciárias em relação ao aparelho do Estado, o que iria refletir-se, inclusive, na forma como passaram a ser definidas estas instituições, assumindo seu novo caráter semi-estatal, autárquico. De órgãos que "as empresas" deveriam criar (legislação pré-30), são agora definidos como órgãos "subordinados ao MTIC (IAPM, IAPB, IAPI); ou "de natureza paraestatal" (IAPC, IPASE) (V. Regulamentos).

Mas as modificações não ficaram por aí.

Outra mudança importante na administração dos Institutos, já visível no artigo 11 do decreto de criação do IAPI citado logo acima, ("... eleitos dois pelos Sindicatos de Empregadores e dois pelos Sindicatos e empregados na Indústria".) Relacionava-se aos próprios Conselhos Administrativos (ou órgãos correspondentes). É certo que continuaram sendo compostos por representantes de empregados e empregadores, os quais, tendo perdido para o Estado a direção das Instituições de Previdência, pelo menos ainda mantinham sua presença, dentro delas, em órgãos com função fiscalizadora. Só que, agora, a eleição destes representantes já não era direta, como nas CAPs, e passava a ser feita através dos sindicatos, salvo quando estes não existissem (os representantes dos empregadores eram eleitos às vezes por via direta, outras vezes pelos sindicatos patronais, como se verá a seguir).

Sobre isso diz, por exemplo, o decreto de criação do IAPM (junho de 1933):

"Art. 73 (...)

§ 2º. O Conselho Administrativo será composto de doze membros, de nacionalidade brasileira, escolhidos mediante eleição pela forma estabelecida neste decreto, sendo seis representantes das empresas e seis dos associados do Instituto.

(...)

Art. 85. Os representantes dos associados serão eleitos, em votação secreta, por uma Convenção, composta de delegados dos sindicatos ou associações de classe, a que estejam filiados, constituídos exclusivamente por empregados de empresas compreendidas neste decreto, ou na falta total ou parcial dessas organizações, de delegados diretamente escolhidos por eleição dos empregados, na proporção de um para quinhentos associados ou fração desse número".

O artigo 84 tratava da eleição dos representantes das empresas, que seria direta (dispondo cada uma "de um número de votos correspondentes à importância total das suas contribuições efetuadas (...) no ano imediatamente anterior", conforme tabela anexa ao decreto).

São semelhantes as disposições do Regulamento do IAPI (setembro de 1934):

"Art. 99. A Junta Administrativa será composta de seis membros, escolhidos mediante eleição, sendo três representantes dos associados e três representantes dos bancos e casas bancárias (...)"

(...)

Art. 14. Os representantes dos associados serão eleitos em Assembléia dos delegados dos sindicatos.

(...)

Art. 22. Os representantes dos bancos e casas bancárias e respectivos suplentes serão eleitos, por escrutínio secreto em assembléia dos delegados dos bancos e casas bancárias(...)".

A princípio, em tese, pode parecer que essa mudança no processo de escolha dos representantes de empregados (e às vezes de empregadores) para os Conselhos (da eleição direta na empresa à eleição por delegados sindicais) fosse uma medida de caráter meramente racionalizador, sem qualquer implicação política mais ampla. Aparentemente, nada mais óbvio do que, existindo sindicatos eleitos, coubesse a eles indicar os representantes dos trabalhadores

to às instituições de Previdência correspondentes. No entanto, em termos concretos, quando se pensa no que passou a ser a estrutura sindical brasileira neste período, principalmente após 35/37 (ver discussão anterior sobre este tema), fica claro o alcance que teria esta medida sobre o grau de representação efetiva dos interesses dos trabalhadores junto à Previdência no período. Com a vida sindical quase completamente expurgada de elementos "indesejáveis" ao Estado, substituídos pelos famosos "pelegos", dóceis às manipulações, o que passou a ocorrer na prática foi que, além de indicar, formalmente, o Presidente dos Institutos, o Estado passava a ter também amplas possibilidades de controle sobre os próprios Conselhos Administrativos - vale dizer, sobre toda a administração previdenciária - enquanto mantinha a ilusão (outra vez!) da "representação" dos empregados e empregadores.

Parece que estão claros os vínculos não só das características repressivas gerais da conjuntura em questão como também das transformações internas que estamos apontando com as mudanças ocorridas no período, relativas ao próprio sentido da Previdência Social entre nós. A nosso ver, só o clima geral de arbítrio, aliado ao controle efetivo da gestão dos organismos de Previdência obtido pelo Estado através dos mecanismos supra-citados poderiam permitir a brusca reviravolta nas "funções" sociais da Previdência, acima apontadas, sem esquecer, por outro lado, as exigências econômicas, também já discutidas, então impostas ao nosso "seguro social".

Contudo, as transformações ocorridas no âmbito administrativo não pararam aí. Parece que o Estado, não satisfeito com o grau de controle obtido sobre a Previdência, tentou avançar ainda mais neste campo. Assim, menos de um ano após a criação do IAPM (junho de 1933), foi promulgado o Decreto nº 24.077, de 3 de abril de 1934, que "Modifica a organização do Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Marítimos e dá outras providências". Modificando, outra vez, o processo de escolha dos membros do Conselho Administrativo. Dizia o artigo 3º, § 2º:

> "O Conselho compor-se-á de seis membros, nomeados por decreto referendado pelo ministro do Trabalho, Indústria e Comércio, sendo dois tirados da classe dos empregadores, dois da dos empregados e dois de livre escolha do governo".

Para que não restassem dúvidas sobre o processo de escolha a ser adotado, o artigo 20 explicava como se daria:

> "Nas primeiras nomeações o governo escolherá dentre os operários ou empregados sindicalizados os dois membros que devem representar a sua classe no Conselho do IAPM, e os dois empregadores; nas nomeações subsequentes, as indicaçoes serão feitas pelos Sindicatos de empregados, em número de um por sindicato, e pelas firmas, empresas ou sociedades de empregadores, em número de um por firma, empresa ou sociedade, e dentre os indicados serão escolhidos e nomeados pelo governo os representantes que competirem a cada um dos dois grupos".

Por via das dúvidas, acrescentava ainda o artigo 59:

> "O presidente do Instituto e os demais membros do Conselho serão demissíveis 'ad nutum' e prestarão compromisso perante o Ministro do Trabalho, Indústria e Comércio".

O artigo 19 extinguia "o atual Conselho Administrativo".

Ou seja, agora não havia nem mesmo a eleição indireta por uma Convenção de delegados sindicais. Em seu lugar, era instituída a escolha, pelo Estado... dos "representantes" de livre escolha do governo" (como se os demais também já agora não o fossem). Como "salvaguarda" adicional, era estabelecida a possibilidade de demitir a qualquer hora não apenas o presidente do Instituto e os representantes do Estado no Conselho, como também os "representantes" de empregados e empregadores.

Formalizava-se, assim, o que informalmente já havia sido estabelecido: o total controle por parte do Estado sobre a gestão (e sobre os rumos) da Previdência Social; com o cuidado, outra vez, de não desfazer a ilusão, ideologicamente conveniente, da pseudorepresentação dos interessados. A Previdência passava a viver a mesma farsa que seria imposta à atividade sindical do país.

A frase "(...) o governo escolherá dentre os operários (...) os membros que devem representar a sua classe", extraída da citação acima reproduzida, nos parece extremamente representativa, quase uma síntese, do pensamento do Estado sobre a questão, no período. E se quisermos, mais amplamente, da própria concepção do Estado, há época, sobre como deveriam se organizar suas relaçõ

com as classes trabalhadoras: autoritarismo sob vestes paternalistas; dominação que tenta se fazer passar por consenso.

No entanto, como já discutimos, em abril de 34, época da promulgação do mencionado decreto, ao que parece ainda não havia condições políticas para que se chegasse a estes extremos autoritários. Afinal, apesar de sob o mesmo presidente dos anos seguintes, o país vivia em regime constitucional. E já pudemos discutir, páginas atrás, a revivescência da atividade operária e sindical nos anos 30-35.

Como já mostramos em citação anterior de CARONE (reproduzindo o noticiário da imprensa da época), exatamente em abril de 34 eclodiu uma greve dos marítimos (categoria a que estava referido o IAPM) precisamente em torno de questões previdenciárias. Não podemos afirmar que haja relação entre os dois eventos, mas, em 10 de maio (ou seja, apenas 40 dias após o decreto anterior), o governo voltou atrás nas últimas decisões sobre as modificações administrativas a serem implantadas no Instituto, promulgado o Decreto nº 1934"). Dizia o seguinte o seu artigo 1º (sem "considerandа"):

> "O IAPM será dirigido por um presidente (...), assistido por um Conselho Administrativo composto de oito membros, de nacionalidade brasileira, sendo quatro representantes das empresas e quatro dos associados do Instituto.
> (...)
> § 2º. Os representantes dos associados serão eleitos, em votação secreta, por uma convenção, composta dos delegados dos sindicatos ou associaçoes de classe a que estejam filiados, constituídos exclusivamente por associados do Instituto ou, na falta dessas organizações, de delegados diretamente escolhidos por eleição dos associados".

Também os representantes das empresas voltavam a ser escolhidos pelo sistema antigo (§ 1º deste artigo).

Desaparecia, portanto, a figura do "representante do Estado" no Conselho Administrativo, e seus demais componentes voltavam a ser escolhidos, respectivamente, por empregados (via sindicatos) e empregadores. Como antes.

Como vimos, os regulamentos promulgados no restante deste subperíodo (IAPB e IAPI) seguiram as diretrizes originais do IAPM que o próprio Instituto dos Marítimos voltara a assumir.

No entanto, após 1937, o Estado voltou a atacar na mesma direção. A vitória anterior dos marítimos já não tinha mais condições de se reproduzir.

Em 23.2.1938 foi criado o IPASE pelo Decreto-lei nº 288, que dizia, sobre o tema em discussão:

> "Art. 30. A Administração do IPASE será exercida por um presidente e uma Comissão deliberativa, composta de cinco membros.
>
> (...)
>
> Art. 34. O presidente e os membros da Comissão Deliberativa serão designados pelo Presidente da República".

O Decreto-lei nº970, de 21.12.1938, que procedeu a algumas modificações no âmbito administrativo do Instituto, não alterou estas disposições (a Comissão Deliberativa passou a ser denominada Conselho Fiscal, surgindo além disso quatro novos cargos de "diretores" - responsáveis por departamentos. Mas, tanto o Conselho, quanto as diretorias, quanto a presidência do Instituto continuavam sendo cargos "considerados de confiança do governo e providos por Decreto do Presidente da República" Art. 2º). O mesmo ocorria com o regulamento, aprovado pelo Decreto-lei nº 2.865, de .... 12.12.1940.

O IPASE representa, portanto, o exemplo mais agudo da questão que estamos discutindo. Não foi mantido nem ao menos o ritual formal, existente em outras instituições de elaboração de listas de candidatos por parte de associações representativas dos empregados (no caso, funcionários públicos, que eram impedidos por lei, como o são até hoje, de sindicalizar-se). Aqui, o Estado (ao mesmo tempo empregador) simplesmente designava toda a direção do Instituto, do presidente aos diretores, passando pelo Conselho Fiscal.

Poder-se-ia imaginar que as características especiais deste IAP, onde o empregador era o próprio Estado, e onde vigorava a proibição de que os segurados se sindicalizassem, o tornavam um caso à parte (mesmo assim não justificável), em que fora possível, excepcionalmente, aplicar as medidas frustadas de 1934. Mas isso não é verdade, visto que excetuando-se a formalidade das listas, medidas idênticas foram adotadas, no novo sub-período (37-45), em re-

lação a outras instituições previdenciárias. Vejamos o que diz a respeito o Decreto-lei nº 2.122, de 9.04.1940 ("Reorganiza o Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Comerciários"):

> "Art. 7º. O Instituto será administrado por um presidente assistido por um Conselho de Diretores, e terá um Conselho Fiscal na forma que o regulamento determinar.
>
> Parágrafo único. O Conselho de Diretores, compor-se-á de quatro diretores, nomeados, em comissão, a igual do presidente do Instituto, pelo Presidente da República, e escolhidos entre os chefes dos principais Departamentos ou serviços administrativos, quer do próprio Instituto, quer de instituições congêneres, ou, ainda, entre funcionários de quadro único do MTIC". (...)
>
> (...)
>
> Art. 9º. O Conselho Fiscal será constituído por cinco membros, sendo um representante do governo nomeado pelo Presidente da República, e os demais — dois representantes dos empregadores e dois dos empregados — designados conforme o disposto no art. 10.
>
> § 1º - Ao representante do governo caberá a presidência do Conselho Fiscal.
>
> (...)
>
> Art. 10. Os representantes dos empregadores e dos empregados que constituirão o Conselho Fiscal, bem como os respectivos suplentes, serão designados pelo Ministro do Trabalho, Indústria e Comercio, mediante escolha, dentre os nomes constantes de listas tríplices, organizadas, por efeito de eleição, pelas federações que agrupem os sindicatos representativos das profissões compreendidas no Instituto, ou pelas Confederações, quando estas se acham constituídas".

Note-se que não apenas se estabelecia aqui o que não fora conseguido para o IAPM em 1934 — a escolha dos "representantes" de empregados e empregadores pelo Ministério do Trabalho a partir de listas enviadas pelas entidades sindicais — como até a elaboração destas listas era agora deslocada dos sindicatos para as federações e confederações, órgãos muito mais afastados (não só naquela época como, via de regra, ainda hoje) das bases de trabalhadores e, portanto, muito mais infiltradas do que os próprios sindicatos pela atividade "peleguista".

Mas estas medidas não se restringiram ao IPASE e ao IAPC. Marcaram toda a legislação previdenciária produzida depois de 37.

Em 1941, o mesmo processo que estamos discutindo passou a ser implantado nas próprias Caixas de Aposentadorias e Pensões.

Ao contrário dos IAPs, que desde o seu surgimento conheceram, por oposição ao período anterior a 30, um processo de crescente intervenção do Estado, as CAPs permaneciam com o seu regime de administração e de escolha desta administração inalterado (pelo menos em termos formais). Eram dirigidas por um Conselho paritário entre empregados e empregadores (v. decreto de 1931) onde o Estado não estava representado. Os representantes dos últimos eram designados diretamente pela empresa, e os dos primeiros, eleitos diretamente pela empresa, e os dos primeiros, eleitos diretamente pelos trabalhadores; e o próprio Conselho elegia seu presidente.

No entanto, o Estado alimentava o projeto, desde que concebera um novo tipo de instituição previdenciária (os IAPs), de acabar progressivamente com a antiga forma de organização da Previdência representada pelas CAPs. Com este propósito, passou a fundí-las entre si ou com Institutos, e desta forma, após atingirem um número máximo em 1936, (179 ou 180 em todo o país), as CAPs começaram a decair quantitativamente.

Em 1941, quando da promulgação do decreto ora em análise, estavam reduzidas à metade (v. Tabela II O dado para 1936 na tabela – 183 instituições previdenciárias – inclui 3 ou 4 IAPs. Seguramente IAPM, IAPB, IAPC, mas não sabemos se também o IAPI, já que este Instituto foi criado neste ano, mas só entrou em funcionamento em 1938).

Ao serem finalmente extintas (o que só viria a ocorrer na década de 50), as CAPs remanescentes já haviam sofrido grandes modificações no período de que ora nos ocupamos. Em primeiro lugar, pelas fusões, que faziam reunir numa só Caixa diferentes empresas retirando o seu caráter "micro" de antes, e tornando muitas delas verdadeiros IAPs, em pequena escala, isto é, instituições organizadas por categoria profissional e não por empresa. Basta ver as denominações que possuíam estas grandes CAPs, por exemplo: "Caixa de Aposentadoria e Pensões dos Serviços Aéreos e de Telecomunicações" (a que se refere o Decreto-lei nº 5.087, de 14.12.1942);ou "Caixa de Aposentadoria e Pensões dos Trabalhadores em Trapiches e Armazéns" (que bastou mudar de nome, através do decreto-lei nº 651, de 26.8.1938, para tornar-se o IAPETC); etc.

A segunda modificação importante introduzida em todas as CAPs, no período, foi a já referida intervenção do Estado a nível da gestão. Essa mudança foi introduzida pelo Decreto-lei nº 9.939, de 16.12.1941, ("Estabeleçe a forma de administração das Caixas de Aposentadoria e Pensões e dá outras providências") que dizia:

> "Art. 1º. A administração das CAPs sujeitas à orientação e fiscalização do Conselho Nacional do Trabalho será exercida, na forma deste decreto-lei, por um presidente escolhido em cada uma, consoante o art. 3º e nomeado pelo Presidente da República.
>
> (...)
>
> Art. 2º. Haverá em cada CAP um Conselho Fiscal, constituído de quatro membros, sendo dois representantes da empresa ou empresas dela contribuintes e dois dos associados respectivos, escolhidos na forma deste artigo e designados pelo Ministro do Trabalho, Indústria e Comércio.
>
> § 1º. A escolha dos representantes da empresa ou empresas contribuintes e seus suplentes será feita por meio de lista ou listas remetidas ao CNT (...), contendo nomes de membros ou empregados de cada uma, na proporção seguinte:
>
> a) seis, tratando-se de uma só empresa;
>
> b) três, de cada uma das empresas quando em número de duas (..., etc.).
>
> § 2º. Os representantes dos associados serão designados pela mesma forma estabelecida no parágrafo anterior, cabendo a organizaçao da lista ou listas, que, em qualquer caso, conterão seis nomes, ao sindicato ou sindicatos das categorias a que pertençam os associados da Caixa.
>
> (...)
>
> Art. 3º. A escolha do presidente da Caixa obedecerá às seguintes normas:
>
> I - Os membros do Conselho Fiscal, uma vez designados na conformidade do art. 2º, reunir-se-ão na segunda quinzena de novembro, como colégio eleitoral, para a indicação de três nomes, dentre os quais deverá ser escolhido o do presidente da Caixa.
>
> (...)
>
> III - Dos três nomes indicados, será dada ciência imediata ao CNT, que os encaminhará ao Ministro do Estado para os fins do art. 1º".

Os parágrafos 4º e 5º do art. 2º determinavam que, inexistindo sindicatos para as categorias em questão "ou não sendo estas sindicalizáveis por força de imperativo legal", as listas poderiam ser elaboradas por "associações profissionais" correspondentes. E, inexistindo também estas, ou não sendo enviadas as listas nos prazos estabelecidos, "o Ministro designará livremente os representantes das empresas ou dos associados, ou uns e outros, se este for o caso". O parágrafo 2º do art. 3º esclarecia que eram inelegíveis para o cargo de presidente da Caixa os membros do Conselho Fiscal. Ou seja, como nos IAPs, a presidência passava a ser uma instância distinta do Conselho.

Em síntese, a forma de gestão das Caixas tornou-se, em todos os aspectos, semelhante ao já estabelecido para os Institutos.

Vimos, assim, as mudanças que alteraram o caráter autônomo anterior da administração das instituições de Previdência, tanto nos IAPs como nas próprias CAPs; no período 30-45:

1. criando a figura de um Presidente, dirigente máximo e efetivo das instituições. E tornando este cargo sempre de designação do Estado.

2. Rebaixando a uma posição accessória (fiscalizadora), o órgão no qual tinham assento os representantes de empregados e empregadores (Conselhos ou Juntas).

3. Já antes de 37 - deslocando a escolha destes representantes, do nível em que anteriormente ela era feita (assembléias na própria empresa), para o nível dos sindicatos (transformados, em sua maioria, em dóceis instrumentos do próprio Estado). Depois de 37, reduzindo a ação dos próprios sindicatos (depois Federações e Confederações) à indicação de listas de candidatos, dentre os quais o Estado escolhia os "representantes" de empregados e empregadores.

4. Incluindo nos próprios Conselhos ou Juntas "representantes do Estado", além dos "de empregados" e "de empregadores".

5. No caso máximo do IPASE, fazendo com que, simplesmente, a presidência da República designasse toda a direção do Instituto.

Ou seja, ao contrário da quase total autonomia administrativa anterior, passava agora a haver uma vinculação muito mais estreita com o aparelho de Estado, com a participação de representantes por ele indicados na própria gestão da Previdência. Mais do que isso, na prática e de fato, o Estado exercia agora controle quase que total sobre a direção das instituições previdenciárias, incluindo a pseudo representação de empregados e empregadores, que passava a existir apenas no plano formal, com mera aparência, para fins ideológicos.

Esse controle parece ter sido um elemento fundamental para que as outras mudanças antes discutidas pudessem ter sido implantadas.

Na verdade ocorreu com a gestão da Previdência algo semelhante ao que se passou no mesmo período com as "contribuições". Como estas, a gestão tornou-se (também apenas formalmente) "tripartite". Só que, no caso das contribuições o meramente formal era a participação de empregados e empregadores.

Uma outra forma, menos direta, de ampliação do controle do Estado sobre as instituições de Previdência foi desenvolvida a partir de 30: a que é dada pelo crescimento do Conselho Nacional do Trabalho.

Este órgão, criado em 1923, foi, como vimos, qualificado por RODRIGUES (op.cit.) de "totalmente inoperante" no período anterior a 30. Isso absolutamente não soa estranho, numa época onde apenas nasciam os primeiros instrumentos efetivos (institucionais e legais) de intervenção do Estado sobre a então denominada "questão social" (v. capítulos anteriores). Época em que, como também já foi discutido, os grupos que detinham o controle do aparelho do Estado (as oligarquias agrário-exportadoras) começavam a acordar para as pressões das classes trabalhadoras urbanas, mas não tinham, por outro lado, um projeto orgânico, articulado e coerente para enfrentar essa questão, como teria o regime posterior. Nesse contexto foi criado o CNT, que ficou, no entanto, perdido no interior de um "Ministério da Agricultura, Indústria e Comércio" (posição ins-

titucional por si só ilustrativa), na qualidade meramente de "órgão consultivo dos poderes públicos em assuntos referentes à organização do trabalho e da previdência social" (art. 1º, do seu decreto de criação, in RODRIGUES, op.cit.).

Estas eram as características do único vínculo (de qualquer forma apenas externo) existente na época entre o Estado e as instituições previdenciárias.

Após 30, esta situação modificou-se radicalmente. Em primeiro lugar, como já foi discutido, foram criados vínculos mais internos (formais e informais) entre Estado e Previdência, a nível dos quadros dirigentes desta última.

Além disso, foi desenvolvido, ganhando existência efetiva, o CNT tornando-se um órgão que, concretamente, se superpunha às instituições previdenciárias (Caixas e Institutos). Deixou de ser um órgão de natureza meramente fiscalizadora, punitiva, de recurso, atuando à distância e à "posteriori", transformando-se num órgão que ditava normas, fornecia quadros, definia planos, impunha decisões, tinha que ser ouvido previamente, etc. Em suma, foi consideravalmente tolhida a autonomia decisória das instituições previdenciárias individuais, que passaram a ser quase que apenas executoras de planos e programas definidos mais centralmente, o que se considerada a perda de sua capacidade de escolher dirigentes de forma autônoma configura um processo global de subjugação da Previdência ao Estado.

Estas transformações no CNT iniciaram-se com a sua passagem para o recém-criado Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio. Órgão que fora constituído, como já tivemos oportunidade de discutir, com a finalidade precípua de ser o instrumento de realização do projeto político orgânico e articulado, para as classes trabalhadoras urbanas, que o novo regime (ao contrário do que lhe antecede) apresentava. É evidente a mudança de "status" político que essa modificação administrativa simboliza. De um Ministério fundamentalmente "da Agricultura", passa para um Ministério fundamentalmente "do Trabalho".

Foi definida, a seguir, uma fonte de recursos específica para o financiamento do Conselho, questão que a legislação anterior a 30 deixara em aberto (v. artigo 56 do decreto de 1926). O já

varias vezes citado decreto de 1931, em seu artigo 14, ordenava que todas as Caixas passassem a recolher ao Tesouro Nacional, mensalmente, o valor correspondente a 3% da sua receita "para ocorrer, sob a rubrica – Conselho Nacional do Trabalho – a todas as despesas deste instituto". Com isso a Previdência passava a financiar, além de tudo o mais, o seu próprio controle por parte do Estado...

Reinstalado em outro nível de poder, e contando com uma fonte específica de recursos, o CNT tornou-se então um órgão com existência efetiva e âmbito de ação crescente. Em 13 de dezembro de 1940, o Decreto nº 6.597 aprova um regulamento para o Conselho, que, na parte referente ao seu Departamento de Previdência Social, nos mostra a que ponto este processo chegara, à época. Fica claro como o CNT tornara-se um centro de controle efetivo, a nível operacional, da estrutura previdenciária, e, em síntese, como estava distante, também neste aspecto, a época da autonomia administrativa das instituições previdenciárias:

> "Seção II. Da competência. (...)
>
> Art. 54. Ao Departamento de Previdência Social compete:
>
> 1º. Por intermédio da Divisão de Coordenação e recursos:
>
> I. na Seção de Órgãos de Administração:
>
> a) examinar os processos de eleição dos membros dos Conselhos e Juntas dos Institutos e Caixas de Aposentadoria e Pensões;
>
> b) preparar as eleições, cuja iniciativa caiba ao Conselho Nacional do Trabalho;
>
> c) fazer o registro das administrações dos Institutos e Caixas;
>
> d) instruir os processos referentes a atos administrativos dos Conselhos e Juntas, ou dos presidentes;
>
> e) instruir os recursos ou reclamações dos membros dos Conselhos e Juntas, ou de terceiros interessados, em matéria administrativa;
>
> II. na Seção de Recursos de Benefícios:
>
> a) instruir os processos de recursos das decisões dos Institutos e Caixas sobre benefícios;
>
> b) manter o registro dos planos de benefícios em vigor e dos coeficientes adotados para a sua concessão.

29. Por intermédio da Divisão de Contabilidade:

I. Na Seção de Receita e Despesa:

a) instruir os processos de propostas orçamentárias dos Institutos e Caixas;

b) opinar sobre os reforços de verba solicitados;

c) examinar os balancetes e balanços de receita despesa, e, bem assim, os demonstrativos da execução orçamentária, representando sobre as irregularidades encontradas e promovendo as diligências necessárias;

d) instruir os processos relativos e contratos e atos diversos dos Institutos e Caixas que importem em despesa;

e) examinar e registrar os avisos de arrecadação e recolhimento da quota de previdência;

f) fazer a escrituração da conta especial do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio no Banco do Brasil, a que alude o artigo 89, § 39 da Lei nº 159, de 30 de dezembro de 1935, organizando mensalmente uma demonstração do seu movimento;

g) elaborar as demonstrações necessárias para as transferências a fazer da referida conta, para crédito dos Institutos e Caixas;

h) apurar o montante da contribuição suplementar devida pela União e organizar o plano de sua distribuição.

II. na Seção de Controle Patrimonial:

a) examinar os balancetes patrimoniais dos Institutos e Caixas;

b) examinar os relatórios e balanços anuais e os correspondentes pareceres, com tomada de contas, da Divisão de Fiscalização, para julgamento da Câmara de Previdência Social;

c) registrar os bens patrimoniais constantes dos balancetes e balanços a que se refere a alinea anterior, analisando as variações que ocorrerem;

d) instruir os processos relativos à compra ou alienação de títulos de renda, imóveis e outros bens, assim como os referentes a carteiras prediais de empréstimos simples e de fianças;

e) velar pela liquidação do ativo a realizar dos Institutos e Caixas, instruindo os processos correspondentes, inclusive os de cobrança de débitos de empregadores;

III. na Seção de Centralização Contábil:

a) centralizar os elementos recebidos dos Institutos e Caixas, preparando, para publicação, orçamentos, balancetes e balanços gerais;

b) organizar quadros analíticos dos orçamentos da receita e despesa verificadas e do ativo e do passivo apurados em cada ano:

c) instruir processos referentes a questões de contabilidade dos Institutos e Caixas de Aposentadoria e Pensões.

3º. Por intermédio da Divisão de Fiscalização:

a) efetuar as tomadas de contas dos Institutos e Caixas;

b) inspecionar os serviços dos institutos e Caixas, representando sobre deficiências ou irregularidades verificadas em sua organização ou funcionamento;

c) examinar os relatórios e emitir parecer sobre a exatidão dos balanços;

d) executar as intervenções determinadas pelo presidente;

e) proceder a inquéritos e outras diligências nos Institutos e Caixas, ou nas empresas, em questões de previdência social.

4º. Por intermédio da Divisão Imobiliária:

a) instruir os processos relativos à organização de carteiras prediais ou imobiliárias, à compra de terreno ou casa, a construções e outras atividades imobiliárias sujeitas ao pronunciamento da Câmara de Previdência Social;

b) organizar o cadastro de todos os imóveis dos Institutos e Caixas;

c) elaborar projetos e especificações-tipo para casas operárias;

d) proceder a vistorias ou avaliações e inspecionar construções autorizadas pela Câmara, fazendo-se por intermédio do pessoal especializado do serviço ou de profissionais idôneos contratados, por conta da instituição interessada;

e) representar sobre quaisquer irregularidades ou erros técnicos verificados em atividades imobiliárias dos Institutos e Caixas.

5º. Por intermédio da Divisão Atuarial:

a) calcular as reservas técnicas das Caixas, [illegible] benefícios concedidos e a conceder e rever o cálculo das dos Institutos;

b) preparar estatisticas e empreender a organização de tábuas de mortalidade, invalidez e morbidez, com base na experiência dos Institutos e Caixas;

c) opinar sobre coeficientes de benefícios e taxas de contribuições;

> d) estudar as demais questões de técnica atuarial referentes aos Institutos e Caixas.
>
> Parágrafo único. O exame das questões que cabem à Divisão Atuarial será feito, do ponto de vista técnico, em articulação com o Conselho Atuarial do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio".

A tudo isso, devem ser acrescentadas, a partir de 1942, as atribuições do "Consultor Médico da Previdência Social, do CNT", cargo criado pelo Decreto-lei nº 4.371, de 10 de junho:

> "a) orientar e fiscalizar a instalação e o funcionamento dos serviços médicos dos Institutos e Caixas de Aposentadoria e Pensões;
>
> b) opinar em todos os processos que envolvam matéria médica relativa aos Institutos e Caixas de Aposentadoria e Pensões, inclusive projetos de lei e regulamentos;
>
> c) propor ao diretor do Departamento as medidas que julgar necessárias para a maior eficiência dos serviços médicos dos Institutos e Caixas de Aposentadoria e Pensões". (art. 2º)

Ou seja, como resume o artigo 3º:

> "Todos os estudos relativos à assistência médica dos Institutos à orientação direta do Consultor Médico da Previdência Social".

Neste capítulo, nossa exposição procurou apresentar as características da Previdência Social brasileira no período 1930-1945, em comparação com o período anterior, bem como o que nos parece terem sido os móveis sociais mais gerais das transformações então ocorridas e as condições políticas de sua viabilização. Resta agora, para concluir, retomar a questão da assistência médica previdenciária nesta fase.

Os aspectos quantitativos desta questão já foram abordados anteriormente. Tivemos oportunidade de ver como a orientação teórico-política hegemônica no período sobre a problemática previdenciária (as teses do "seguro social" e do "modelo de capitalização") encarava a prestação de serviços médicos e correlatos por parte da Previdência Social: em síntese, negativamente. Nas formulações mais radicais, dessa orientação, a Previdência deveria res-

tringir-se à concessão dos dois benefícios pecuniários considerados "atribuições originais" ou "essenciais" das instituições previdenciárias: aposentadoria e pensão. Discutimos os argumentos teóricos apresentados em defesa desta tese, bem como o que nos parece terem sido os seus determinantes mais gerais e reais, de natureza político-econômica. Vimos ainda como, dadas determinadas condições políticas propícias, estas idéias defendidas por técnicos e dirigentes previdenciários puderam até certo ponto, concretizar-se, apesar da oposição dos segurados, através de uma legislação contencionista de despesas na área que, se não extinguiu a assistência médica da Previdência Social, pelo menos restringiu bastante o seu crescimento.

Pretendemos tratar agora de um outro aspecto, que foi aqui isolado e deixado para o final dada a sua importância para os objetivos deste trabalho: a questão da forma da assistência médica nesse período, ou, mais especificamente, do crescimento de um segundo elemento do que foi denominado, em outra parte desta investigação, "complexo previdenciário de assistência médica": o setor contratado e credenciado. Passemos então a esta questão.

A realização do ideal dos teóricos mais radicais da "capitalização" (eliminação de todos os "serviços" da Previdência que ficaria restrita aos benefícios pecuniários de aposentadoria e pensões) implicava medidas difíceis de serem adotadas. Vimos que o projeto político-econômico do regime então vigente exigiu, e seu autoritarismo permitiu, a adoção de medidas contencionistas na área da Previdência Social que se contrapunham os interesses dos segurados. Mas vimos também que esse regime tinha como projeto buscar apoio político entre as classes trabalhadoras urbanas, dedicando-se intensamente a este processo. Procurou resolver a contradição entre estas duas grandes exigências opostas, por meio de uma hábil manipulação ideológica em torno das medidas efetivamente implementadas, de tal forma que os resultados concretos destas medidas eram apresentadas, no plano da propaganda, como exatamente o seu inverso.

Ora, essa conduta política sutil, que foi característica do regime tanto na área de que estamos nos ocupando como em ou-

tras áreas correlatas, não podia comportar uma atitude impopular radical e aberta como seria a dos sonhos dos atuários: eliminar simplesmente a assistência médica da Previdência Social. A menos que, como propunham alguns destes, a assistência médica, uma vez abolida da Previdência, passasse a ser oferecida diretamente pelo Estado, fora da estrutura previdenciária e sem qualquer participação financeira desta. É óbvio, pelo que já foi discutido, que o Estado, no período em questão, não tinha interesse em assumir tal responsabilidade. Se era importante restringir ao máximo as despesas da Previdência (de modo a acumular grandes montantes de reservas à disposição do Estado e do empresariado privado), por outro lado também era importante manter o modelo "neo-liberal (financiado por trabalhadores e empregadores) de fornecimento de assistência médica (e benefícios), criado antes de 30 e radicalizado depois.

A solução de compromisso encontrada foi, no plano quantitativo, o estabelecimento de limites que produzissem uma contenção de despesas neste setor. Ocorre que, neste processo, adotou-se também uma medida correlata com relação à <u>forma</u> de prestação dos serviços: manter a assistência médica, sim (com exceção do IAPI que, como vimos, resiste até 1950), mas sem que isso implicasse grandes investimentos patrimoniais na construção de serviços próprios dos Institutos e Caixas. Ao invés disso, a assistência hospitalar, e mesmo parte da ambulatorial, deveria ser realizada <u>por compra de serviços a terceiros</u>, <u>mediante convênios</u> das instituições previdenciárias com hospitais e clínicas privadas e mesmo com profissionais autônomos isolados não pertencentes aos quadros da Previdência.

Vimos anteriormente que o decreto de 1926 sobre as Caixas concedia a estas a oportunidade de "adquirir ou construir prédios, para a sua sede, farmácia, ou serviço de ambulatório, ou pronto socorro, uma vez que os fundos o permitem" (art. 13). O decreto de 1931, por outro lado, já dizia: "terão as Caixas serviços médicos, hospitalares e farmacêuticos <u>enquanto não houver legislação especial relativa a essas formas de assistência social</u>" (art. 23 § único). O Decreto nº 21.081 de 24.2.1932 repetia essa disposição.

Em 26.10.1932 foi promulgado o Decreto nº 22.016 ("Aprova o regulamento para a execução dos socorros médicos e hospitalares das Caixas de Aposentadoria e Pensões") que dizia o seguinte sobre este assunto:

> "Art. 3º. Os socorros médicos previstos neste regulamento serão ministrados por um corpo clínico, contratado para serviços de cada caixa e distribuído de maneira que se faculte assistência efetiva a todos os associados".
>
> (...)
>
> Art. 6º. O serviço de assistência médica será prestada pelos médicos de cada Caixa nos respectivos postos distritais localizados de acordo com as exigências do mesmo serviço".

Mas... O Art. 4º especificava:

> "A prestação de socorros hospitalares será contratada com os estabelecimentos dessa natureza, policlínicas, casas de saúde e institutos congêneres, de reconhecida idoneidade, que, em concorrência pública maiores vantagens ofereçam no tocante às condições locais, de conformidade com os editais publicados pelas Caixas e previamente aprovados pelo Conselho Nacional do Trabalho".
>
> Art. 5º. Respeitados os dispositivos do art.3º, as Caixas poderão contratar igualmente a prestação de serviço médico, com observância das regras constantes do artigo anterior e seus parágrafos".

(os parágrafos do artigo 4º se referem à concorrência pública e ao contrato a ser estabelecido entre as Caixas e os hospitais).

Disposição semelhante era adotada para os exames laboratoriais e radiológicos complementares:

> "Art. 7º. Quando houver necessidade, em benefício dos associados enfermos, as Caixas proporcionarão exames complementares de laboratório e raios X para elucidações diagnósticas.
>
> § 1º. Quando o permitirem as disponibilidades orçamentárias e o aconselhe a melhor execução do serviço referente àqueles exames, poderão as Caixas adquirir os aparelhos necessários cuja guarda e conservação ficarão sob a responsabilidade do respectivo corpo clínico.
>
> § 2º. Nos demais casos deverão os exames ser efetuados nos estabelecimentos com que as Caixas mantiverem contrato para internamento de seus associados ou laboratórios particulares".

Nos anos seguintes deste período, os regulamentos de vários Institutos incorporaram esta idéia da compra de serviços médico-hospitalares a terceiros mediante contrato. O decreto de criação do IAPM (1933), por exemplo, dizia:

> "Art. 3º. É facultado ao Instituto, mediante aprovação prévia do Conselho Nacional do Trabalho, realizar acordos e firmar contratos para execução dos serviços médicos, farmacêuticos e hospitalares, ou para instalação de ambulatórios".

O regulamento do IAPB (1934) também dispunha que:

> "(...) o Instituto (...) poderá (...) celebrar acordos com entidades de direito público ou privado para a sua representação ou para a execução de seus serviços tudo mediante aprovação do Conselho Nacional do Trabalho (Art. 1º, § único).

O decreto de reorganização do IAPC (1940) rezava:

> "A assistência médica far-se-á, de preferência, através da subvenção, ou manutenção, de estabelecimentos hospitalares e de ambulatórios ou postos médicos(...)" (art. 33, § único).

O já referido decreto-lei que estabelecia a assistência psiquiátrica na Previdência (nº 3.138, de 24.3.1941) ordenava:

> "Art. 2º. A assistência médica aos associados acometidos de doenças mentais será prestada onde houver estabelecimentos idôneos, na conformidade das instruções que, para execução do presente Decreto lei, expedir o Ministro do Trabalho, Indústria e Comércio.
>
> § 1º. As internações serão feitas em serviços especializados (...), devendo ser revistas bienalmente as respectivas tabelas de preços".

O decreto-lei, igualmente já citado, que dispunha sobre internação por tuberculose pulmonar dos segurados do IAPB (nº 5772, de 24.08.1943) estabelecia coisa semelhante:

> "Art. 1º. Fica o IAPB autorizado a custear, até o prazo máximo de um ano, a internação, em estabelecimentos especializados, dos seus segurados portadores de tuberculose pulmonar(...)".

Fazia-se crescer, deste modo, o segundo elemento do que viria a ser o atual "complexo previdenciário de assistência médica": os setores mais tarde denominados "contratado" e "credenciado". Ou seja, respectivamente: instituições privadas (hospitais,

clínicas, sanatórios) que, mediante contrato, passavam a responder por parte significativa da assistência médica oferecida pela Previdência Social a seus segurados. Vimos no capítulo anterior que a prática de credenciamento de consultórios individuais já era vigente no pré-30, de modo que a novidade trazida pelo novo período era o contrato de instituições de maior porte para o atendimento hospitalar.

Do ponto de vista da Previdência eram medidas que, como vimos, aparentemente permitiriam ao Estado conciliar necessidades conflitantes (oriundas, por sua vez, das complexas características políticas e econômicas do período): manter a aparente "concessão" às classes trabalhadoras de um serviço (assistência médica) de grande apelo político - ideológico e que correspondia a uma demanda importante destes grupos; mas sem ter que arcar, por outro lado, com o ônus da parcela mais custosa destes serviços, que são os investimentos infra-estruturais de construção de hospitais e seu equipamento. Enquanto o primeiro aspecto respondia ao papel central que o Estado atribuía no período à Previdência, em seu projeto político-ideológico para as classes trabalhadoras urbanas, o segundo aspecto levava em consideração a outra "função" que fora atribuída, no mesmo período, à Previdência Social: conter despesas, acumular reservas e constituir, assim, um importante mecanismo de acumulação de capital para o projeto "modernizante" do regime.

Parece-nos que a compreensão do privilegiamento, neste período, do que viria a ser o segundo elemento do "complexo previdenciário de assistência médica" (a prática até hoje mantida pela Previdência de comprar serviços a hospitais, clínicas e consultórios privados) deva ser procurada pela via que tentamos seguir neste capítulo, ou seja, à luz das características mais gerais da Previdência Social como um todo no período, o que, por sua vez, requer a compreensão das relações desta instituição com o conjunto da sociedade à época.

É claro, por outro lado, que a evolução posterior do "setor contratado" dentro do aparelho médico-previdenciário, seus determinantes, suas características e efeitos, não podem ser compreendidos simplesmente por uma suposição da permanência no tempo, em forma inalterada, das condições (vigentes neste período. Veremos,

na sequência do texto, que, pelo contrário, novos elementos interviriam mais tarde neste processo. Um deles começa a nascer neste momento, em íntima associação com a própria prática de "contratos" por parte da Previdência, pelo que cabe apontá-lo desde agora.

No final do capítulo anterior discutimos o surgimento do primeiro elemento do atual "complexo previdenciário de assistência médica", ou seja, o "setor próprio". Naquela ocasião, apresentamos a idéia de que o fato da Previdência Social brasileira criar, ao nascer, instituições médicas próprias (ao contrário de alguns outros países que instituíram apenas os chamados "auxílios-saúde") devia-se em grande parte à própria incapacidade e/ou desinteresse da medicina liberal-privada brasileira à época (anos 20) de se apresentar como parceira interessada na questão, de procurar utilizar para si a ampliação do mercado consumidor de serviços médicos que o financiamento pela Previdência Social criava. Comparamos esta situação com a vigente, à mesma época no setor de seguro de acidentes de trabalho, onde as empresas seguradoras, já bem constituídas então entre nós, trataram de garantir para si, por muito tempo, a realização dos seguros, só muito mais tarde transferidos para a Previdência.

Pelo que foi exposto neste terceiro capítulo, podemos ver que, a partir de uma "necessidade" do Estado nos anos seguintes a 30, esta situação começou a se modificar. Agora o Estado demandava intensamente uma articulação com a prática liberal-privada, oferecendo-lhe uma ampliação de mercado e pedindo-lhe, em troca, a utilização da infraestrutura de atendimento que ela já instalara e poderia ampliar. Tomou a iniciativa de lhe oferecer uma massa até então inacessível de pacientes, mas sob novas regras de negociação, distintas das que vigoravam até então na prática liberal-privada típica. Esta articulação com um grande "cliente" institucional - a Previdência - viria a ser um primeiro fator provocador de mudanças na até então tímida postura artesanal da medicina brasileira. Anos mais tarde, um outro fator viria a se associar a este - a possibilidade de contar com mão-de-obra médica assalariada excedente do mercado liberal - dando origem a uma "mentalidade empresarial" no seio da organização da medicina brasileira.

NOTAS

(1) Marshall, TH . - Política Social, Ed. Zahar, Rio, 1967. Cap. 4. "O Advento do Seguro Social".

(2) De maneira geral, os regimentos das Caixas e Institutos (que serão melhor analisados adiante) só previam a concessão de aposentadorias ou pensões sem prazo de carência para os casos de invalidez, ou morte, por acidente de trabalho. Em outras circunstâncias, a aposentadoria (por invalidez) ou pensão, exigia sempre, desde o decreto de 1926, um período de carência de cinco anos (em caso contrário, às vezes, previa-se outras formas de benefício, como a devolução em uma só vez das contribuições pagas até então, acrescidas de pequenos juros). A aposentadoria ordinária exigia sempre, no período em análise, que o segurado tivesse pelo menos trinta anos de serviço, tendo pago desde então ou posteriormente (respeitada a carência de 5 anos) as contribuições correspondentes e, além disso, uma idade limite mínima, que oscilou entre os 50 e os 60 anos, dependendo da instituição previdenciária e da época que se tome.
Ver Valerius (op.cit.).

(3) Para Valerius (op.cit.) "somente no ano de 1929 começaram as Caixas a conceber benefícios, sendo então 6.930 o número de aposentados e 3.867 o de pensionistas".
Realmente, nos Anuários Estatísticos do Brasil (IBGE) - A fonte a que recorremos para a maior parte das informações quantitativas sobre a Previdência neste trabalho – o número de aposentados e pensionistas por ano só é apresentado a partir daquela data. Por outro lado, não sabemos como compatibilizar a informação de Valerius com a especificação de despesas para aqueles dois itens, desde 1923, que é apresentada pelos mesmos "Anuários".

A revista Industriários, do IAPI, também se refere a despesas com aposentadorias e pensões desde 1923 (v. nº 13, fevereiro de 1950).

À medida que este "setor contratado" ia adquirindo pleno desenvolvimento, principalmente a partir da segunda metade dos anos 60, quando se intensificou seu caráter empresarial, ele deixaria, como veremos, de ser mero instrumento operacional passivo das decisões da Previdência sobre assistência médica, tendendo, ao contrário, a se transformar num ator importante no debate sobre a questão, procurando, inclusive, se organizar de forma a melhor poder influir no processo, em defesa de seus interesses específicos. Não exclusivamente, mas também por isso, as características e os efeitos da articulação da Previdência com o setor privado de Assistência Médica sofreriam modificações em relação aos propósitos originais.

Mas, ao longo deste tempo, a Previdência e o país como um todo atravessariam outras conjunturas, sendo tudo isso objeto de capítulos posteriores. Queríamos por enquanto apenas assinalar que, junto com o nascimento do "setor contratado", ocorreu também a incorporação de seus agentes (os proprietários das instituições contratadas e, mais tarde, seus empregados) no debate sobre os rumos da assistência médica previdenciária no país. Com isso, não se pode deixar de incluir, daí para frente, este elemento, seus interesses e sua ação política-reivindicatória na análise da evolução posterior da questão, ao lado dos "atores" já presentes anteriormente na cena (Estado, classes trabalhadoras, empresariado, e tecnocracia previdenciária).

Em função disso, optamos por só tratar na Tabela VIII dos anos seguintes a 1929, embora com isso nos restrinjamos aos dois finais do nosso primeiro período.

De qualquer maneira, antes de 1928 não se cumprira ainda, para ninguém, o prazo mínimo de carência de 5 anos de associação à Previdência a que já nos referimos, de modo que, se houve aposentadorias ou pensões concedidas anteriormente àquela data, restringiram-se a casos devidos a acidentes de trabalho. Ou seja, o sistema de benefícios pecuniários de longo prazo só pode ter entrado em funcionamento total rotineiro, a partir de 1928-29.

(4) É fácil imaginar o porquê do comportamento distinto dos dois benefícios. Os critérios de concessão de Pensões também podem variar (como os de aposentadoria), por exemplo: em relação ao prazo de carência, à definição e ao número de beneficiários, etc. No entanto, este benefício depende basicamente de um evento – a morte – que não é influenciável por mudanças de critérios, ao contrário dos que determinam as aposentadorias (invalidez, velhice, tempo de trabalho, tempo de contribuição).

(5) Os cálculos apresentados neste capítulo sobre uma pretensa "economia" da Previdência Social em função da mudança no padrão de gastos não devem ser tomados "ao pé da letra", pois é muito difícil quantificar exatamente que parcela das diferenças apresentadas foi devida a outros fatores intervenientes já citados (aumento da massa segurada e seus diversos efeitos; mudanças na composição da população segurada em relação a variáveis como idade, condições de saúde, de trabalho, etc.) Ou seja: é difícil avaliar quantitativamente que grau de "economia" a suposta reorientação consciente do modelo produziu, e que grau se deveu a uma evolução "natural" do sistema, ou outros fatores envolvidos.

(6) Na verdade, como se verá na exposição a seguir, essa orientação restritiva não era compartilhada de maneira homogênea pelo conjunto das instituições previdenciárias. Aliás, tocamos aqui numa questão mais geral, que é a seguinte: a partir do perío-

do em análise, não se pode mais falar indistintamente, para a maioria das questões relevantes, em "Previdência Social brasileira" como um todo. Faz-se necessário considerar, agora, individualmente, cada Instituto e Caixa (ou, pelo menos, dado a dificuldade de tratar com o grande número de Caixas então existentes, analisar cada um dos grandes IAPs criados no período), na medida em que eles começam progressivamente a se diferenciar entre si.

Ao proceder assim, a análise da maior parte dos problemas mostra que, a "grosso modo" (como se verá já em relação ao tema ora em discussão), uma linha divisória pode ser traçada entre; por um lado, o IPASE, o IAPB e o IAPC (respectivamente, dos servidores públicos, bancários, e comerciários) e, por outro, o IAPI, IAPM e IAPETC (industriários, marítimos e empregados em transportes e cargas). Seguramente não é por acaso que o primeiro grupo corresponde a categorias profissionais pertencentes a camadas médias da população (com o IPASE incluindo até mais do que isso) e o segundo, a categorias profissionais mais especificamente "braçais". Pode-se imaginar as conseqüências que advêm desta distinção no contexto do Brasil dos anos 30 e início dos 40, principalmente o grau de participação político-reivindicativa, de pressão por interesses específicos, de acesso aos centros decisórios, etc.

(7) Para uma discussão sobre a distinção entre os dois conceitos (e os problemas aí envolvidos em termos de atribuições do Estado no âmbito da Política Social), desenvolvida por um autor italiano defensor da "restrição", ver: POTESTÁ, LUCIANO - "Previdência Social e Estado Assistencial", in "Industriários", nº 77, outubro de 1960.

(8) Observe-se na Tabela I que os gastos com assistência médico-hospitalar apresentaram no período anterior uma tendência ao crescimento (em termos relativos à receita), conforme já discutido. Tendência interrompida apenas entre 1927 e 1928, em função da súbita duplicação, ocorrida entre estes dois anos, da massa segurada. Mas retomada já em 1929.

(9) Este Decreto tem outras disposições importantes, criando a prática de convênios com instituições privadas para a compra de serviços médico-hospitalares, questão que será discutida no final deste capítulo.

(10) Para compreender este retrocesso, ocorrido em dois meses, entre a orientação fortemente restritiva do decreto de criação do Instituto e a orientação muito mais "liberal" do Regulamento, é preciso considerar que se tratava do Instituto dos Bancários. Como já foi discutido na nota (6), este era uma das categorias profissionais (em conjunto com comerciários e funcionários públicos) que sempre conquistaram maiores regalias em termos de Previdência Social (além de, também, em outras áreas. V. o artigo 89 do mesmo Regulamento, que prevê estabilidade aos dois anos para os bancários, enquanto que o prazo era de dez anos para os demais).

É de supor que tenha havido, no intervalo entre o primeiro decreto e o Regulamento, uma reação da categoria em relação ao caráter restritivo que se procurava dar ao Instituto no que tange ao problema da assistência médica. Veremos adiante um exemplo deste tipo de reação.

(11) O decreto-lei nº 1.124, de 28 de fevereiro do ano seguinte, por exemplo, mandava incluir entre os "contribuintes facultativos" do Instituto os Ministros do Supremo Tribunal Federal.

(12) Na verdade, a criação do IPASE não representava propriamente a introdução do regime previdenciário numa categoria profissional, mas apenas a reorganização da Previdência (e Assistência) para os funcionários da União que, como vimos no primeiro capítulo, datava já do século passado, quando setores deste grupo foram os primeiros a possuir instituições previdenciárias.

Assim, o IPASE passava a incorporar, por exemplo, em sua totalidade, "com todos os seus encargos ativos e passivos", o então "Instituto Nacional de Previdência" e o "Montepio", instituições referidas à mesma categoria que a recém-criada. (v. arts. 51 e 56 do decreto em questão).

(13) O Instituto fora criado em 1934. Não conseguimos obter, no entanto, seu decreto de fundação, nem o regulamento ou outros instrumentos legais definidores do seu modelo de funcionamento anteriores à referida reorganização em 40.

(13-a) Vargas, Getúlio - O Primeiro Ano do Governo Provisório e Suas Diretrizes (3/10/1931), in A Nova Política do Brasil (coletânea de discursos), vol. I, Rio de Janeiro, Ed. José Olympio, 1938.

(14) Neste sentido é preciso acrescentar que o artigo 8º, definidor das fontes de receita, alterava também os outros dois componentes mais importantes desta: as contribuições das empresas e as "do Estado". Mantinha os mesmos critérios básicos anteriores (respectivamente: 1,5% da renda bruta; e uma "quota de previdência" acrescentada ao preço dos bens e/ou serviços das empresas), mas acrescentando uma disposição nova a ambos os casos:

> "não será inferior ao produto da contribuição dos associados ativos, a que se refere a letra 'a'".

Assim, um aumento na contribuição dos associados, em função dos motivos que vínhamos discutindo (ou de outro), tornava-se imediatamente um aumento igual também nas contribuições dos outros parceiros.

(15) Sobre estas discussões doutrinárias a respeito do sentido que deveria ter o "seguro social" (discussão que será bastante desenvolvida no período seguinte, pós-45) ver, por exemplo:

ASSIS, ARMANDO DE OLIVEIRA - "Em busca de uma concepção moderna de 'risco social'", Rev. Industriários, nº 18, dez. 1950, págs. 24-37; e

SERVIÇO ATUARIAL DO MINISTÉRIO DO TRABALHO, INDÚSTRIA E COMÉRCIO (MTIC) - "Razões que se opõe à concessão de aposentadoria - prêmio. Posição privilegiada da assistência médica", Rev. Industriários, nº 17, out. 1950, págs. 5-9.

(16) Os critérios estabelecidos pela legislação do IAPI, acima espostos, permitem estimar como aproximadamente em torno de 50% do salário o valor da aposentadoria por invalidez para os associados que estivessem nas condições do artigo 48 (tempo de seguro superior a 36 meses) ou no limite máximo do artigo 49 (tempo de seguro igual a 36 meses), desde que a contribuição estivesse fixada em 3% do salário, índice que usamos, para permitir a comparação com o modelo de 1926 (pela mesma legislação, poderia oscilar entre 3 e 8%, dos vencimentos, dependendo da fixação quinquenal do Ministério do Trabalho Indústria e Comércio.
(V. artigos 26 e 28 do Regulamento).

Pelas disposições de 26, a menos que a invalidez fosse devida a acidente do trabalho, tal valor só seria alcançado por empregado com 15 anos de serviço (15/30 da aposentadoria ordinária).

(17) Além dos benefícios descritos acima, o IPASE oferecia ainda "seguros facultativos" ("seguro de renda" e "seguro de morte". V. arts. 11 a 13), à parte do plano ordinário e compulsório. Mas para os quais era necessária a contribuição suplementar, sendo a adesão a estes seguros voluntária. Funcionavam como complementação, respectivamente, da aposentadoria ("seguro de renda") e do pecúlio ou da pensão ("seguro de morte").

(18) As atividades assistenciais (médicas e outras) previstas no decreto de constituição do Instituto também só merecem um único artigo, igualmente vago, e de teor idêntico a este ("será regulada em cada caso por lei especial"): o artigo 13, a que se resume a Seção III ("Da assistência")" do mesmo Capítulo II.

Aliás, este Regulamento do IPASE nos parece dar uma idéia bastante viva do que supomos terem sido as características principais da Previdência Social brasileira neste período. Dos 105 artigos do Regulamento, como vimos, apenas um se refere, e sem dizer nada de concreto, ao "seguro social"; e outro refere-se, da mesma forma às práticas assistenciais. A essa não-resposta se resumem as diretrizes traçadas pelo Regulamento

para o que deveriam ser as "finalidades" (art. 2) do Instituto. Os demais artigos, por outro lado, tratam, extensa e detalhadamente:

1) de burocracia interna (inclusive com toda uma seção dedicada a definir as "substituições, férias, licenças, afastamentos e aposentadorias", e todo um capítulo denominado "Do exercício das funções e do pessoal").
2) das "operações de capitalização" e "aplicação dos capitais". (a maior parte do capítulo dedicado às "atividades do IPASE").

Empreguismo e utilização para outros fins dos recursos acumulados pela Previdência parecem ter sido realmente, como se discutirá adiante neste capítulo, as verdadeiras "finalidades principais" da Previdência no período em questão (v. adiante).

(19) Nota-se aqui outra medida que faz parte da tendência geral do período a procurar pautar o seguro social por regras do seguro comercial privado: a inclusão de critérios de "risco diferencial" (idade ao se associar), para o cálculo do valor dos benefícios (v. discussão adiante neste capítulo, e citação anterior de MARSHALL).

(20) Um outro programa inaugurado pelo IAPB (v. art. 62 do Regulamento) era o de conceder "fiança" ao aluguel da moradia para os associados. Em 1939, o Decreto-lei nº 1308, de 31/5, "autoriza os Institutos e Caixas" em geral a prestarem também tal serviço. Ele se limitava, no entanto, a fornecer ao proprietário do imóvel uma garantia do recebimento do aluguel. O Instituto fazia descontar em folha do salário do segurado tal valor (mais 1% como "despesa de expediente"), repassando-o ao proprietário. Por tanto, sem qualquer despesa (ao contrário), ou mesmo risco.

(21) Notar neste sentido, que a legislação de 1926 já encarava este problema, ao isentar o aumento de 2% que impunha sobre os preços, "as tarifas de passagens nos trens de subúrbios e pequeno percurso em que os preços respectivos sejam fixos e independentes das distâncias" (artigo 4º, § único).

O decreto de 1931 não só mantém esta mesma determinação (art. 10, § único), como também, no corpo do artigo 10, citado acima, abre, como se pode ver, a possibilidade de outras exceções ("excluídas as rendas que, por sua natureza, não possam ou não devam ser oneradas, a critério do governo").

Como se verá a seguir, esta prática de isentar bens ou serviços da "quota de Previdência" por motivos de natureza política ou econômica continuará sendo exercida. O decreto de criação do IAPM, de 1933, a que voltaremos a nos referir após esta nota, também discrimina (no art. 12, § único) serviços na sua área de atividades (marinha mercante) que não deveriam ser onerados por tais "quotas". E a Lei nº 159, de 30.12.1935, como outro exemplo, ao extender o regime de "quotas" (já então vigente nas demais instituições financeiras em função da criação do IAPB) às "Caixas Econômicas" (com o mesmo valor de 2% sobre os juros pagos ou creditados a pessoas físicas ou jurídicas), faz a seguinte ressalva: "excetuados, porém, os depósitos até 10 (dez) contos de réis". Ou seja, os do pequeno depositante (v. art. 7º).

(22) As contribuições de empregados e empregadores seguiriam sendo depositadas pelas empresas, nas contas correntes de suas instituições previdenciárias correspondentes.

(22-a) Segundo Dutra, Eurico Gaspar - Mensagem ao Poder Legislativo, de 15.3.1949, in Rev. Industriários nº 8, abril 1949.

(23) V. a respeito, por exemplo: Carone, E. - A República Nova ... (1930-1937) Ed. Difel, São Paulo-Rio, 2ª edição, 1976; Skidmore, T. - Brasil: de Getúlio a Castelo, Ed. Paz e Terra, Rio, 1976; e Viannaj op.cit..

(24) Entre fins de 1932 e início de 1934 diminuem, de maneira geral, as manifestações operárias no país.

"A revolução de 32 e o estado de sítio limitam a ação reivindicatória operária. (...) Em 1933 há quase total paralisação dos protestos operários. Possivelmente a recuperação indus-

trial influi no mercado de trabalho e o desemprego diminui, o que atende parte das necessidades da classe". (...)

"Em 1934 volta a crescer a onda de protestos, agora reforçada pela presença de partidos. A eleição para a Assembléia Constituinte Nacional permite o nascimento de partidos que defendem e representam o operariado. Neste momento diminui consideravalmente o impacto resultante da crise industrial, mas os problemas de encarecimento de vida, salários, etc. voltam a ser prementes".
(CARONE, op.cit.).

(25) Sobre a influência posterior deste grupo para além da Previdência Social, MALLOY (op.cit.) faz as seguintes considerações, que são interessantes no sentido de melhor caracterizar o significado de sua emergência:

"Muito se tem escrito recentemente sobre a importância dos tecnocratas na formulação e implementação da política pública no Brasil contemporâneo. O poder real desses tecnocratas é e será sempre objeto permanente de um caloroso debate. Uma análise cuidadosa do desenvolvimento histórico da Previdência Social no Brasil pode contribuir para o esclarecimento de muitas questões desse debate geral. Nesta área específica, é claramente possível a identificação de um grupo homogêneo de tecnocratas desempenhando papel inicial na formulação e implementação da política previdenciária, desde os anos 30 até o presente. Ademais, desde pelo menos 1964, muitos destes tecnocratas da Previdência Social tornaram-se personagens importantes, e influentes em muitas outras áreas da política sócio-econômica. De fato dispõe-se de provas suficientes para acreditar que o sistema previdenciário foi uma das principais fontes de boa parte da atual geração de tecnocratas da política pública, bem como uma importante base a partir da qual valores e atitudes que atualmente caracterizam a 'mentalidade tecnocrata', foram gerados e transmitidos para outros setores políticos".

(26) Catanhede Almeida, Plínio Reis - "Introdução ao Relatório de 1940" (Apresentado ao Conselho Fiscal do IAPI"), in Rev. Brasileira de Atuária, 1940.

A reprodução, na revista do Conselho Atuarial do MTIC, do que era originalmente um documento interno, burocrático, de um da do Instituto (assim como a posição ocupada por seu autor: um cargo de confiança da Presidência da República. V. adiante) , nos parece desde já falar a favor da não individualidade de suas opiniões, mas sim de sua encampação, quer pelo Estado, quer pela maioria dos atuários do período.

(27) Esta "necessidade" é apresentada com argumentos "morais", mas também explicitamente políticos.

> "Como corolário natural e indispensável de evolução econômica brasileira, surgiu a necessidade de uma legislação protetora do trabalho, dando a empregadores e operários um conjunto de deveres, garantias e direitos, e permitindo por outro lado que essa evolução, mormente nos últimos dez anos, se processasse em ambiente de paz social".
>
> "Provavelmente não assistiremos às lutas sociais que se verificaram em outros países de economia industrial mais avançada, pela implantaçao de medidas já aceitas e praticadas entre nós".
>
> "(...) trazendo (o Seguro Social) ao mesmo tempo ao empregador a melhor eficiência de um operário assistido e consequentemente com a segurança do futuro, e ao Estado a possibilidade de manter o ambiente de paz social, indispensável ao desenvolvimento da economia e ao progresso do país".

(28) O GLOBO (sem indicação de autor) - "Os Institutos de Previdência Social", edição de 27.08.1947. Rev. Industriários, nº 1, fevereiro de 1948.

(29) GPD (Gabinete da Presidência?) do IAPI - "Notas sobre Previdência Social", Rev. Industriários, nº 2, abril de 1948, pp. 47-58.

(30) (Sobre as "caixas de poupança") "(...) seu verdadeiro objetivo não é enriquecer, porém repartir mais racionalmente os gastos para evitar, quando ocorrerem a velhice, a enfermidade, a

crise, etc., que esses trabalhadores sejam uma carga para os asilos do Estado ou vejam-se reduzidos à mendicância: em uma palavra, que sejam uma carga da classe proletária e não da capitalista, isto é, que vegetem com seus próprios meios e que economizem para os capitalistas, de modo que estes últimos possam beneficiar-se de uma diminuição dos custos de produção dos trabalhadores".

Marx, K. - Los Fundamentos de la Critica de la Economia Politica, Madrid, 1972, p. 171.

(31) Madeira, J.L. - "O Brasil e a Previdência Social", Rev. Industriários, nº 3, junho de 1948, pp. 9-18.

(31-a) Ver, a respeito: Carone, op.cit.; Skidmore, op. cit.; Furtado, Celso - Formação Econômica do Brasil, 11ª ed. São Paulo, Cia. Edit. Nacional, 1971; Prado Jr., Caio - História Econômica do Brasil, 15ª ed., S. Paulo, Ed. Brasiliense, 1972.

(32) Aliás estava em jogo aqui, também, um elemento de natureza mais propriamente política, que se articulava bem com as necessidades econômicas. Qual seja: os propósitos de Vargas de conter a autonomia dos estados, reagir contra o federalismo marcado da Primeira República, em defesa de maior poder para o governo central. Veja-se a última citação acima, à qual Carone acrescenta: "A consequência econômica repercute nos acontecimentos sociais e políticos, pois existe uma correlação entre o declínio das estruturas agrárias e a sociedade como um conjunto".

(32-a) Vargas, Getúlio - Nova Organização Administrativa do País. Discurso de posse na chefia do Governo Provisório, perante a Junta Governativa, em 3 de novembro de 1930. In: A Nova Política do Brasil, op.cit.

(32-b) Vargas, Getúlio - O Primeiro Ano do Governo Provisório e Suas Diretrizes. Manifesto à Nação, lido, em sessão solene, no Teatro Municipal, a 3 de outubro de 1931, In: A Nova Política do Brasil, op.cit..

(33) Essa interpretação, no que se refere ao primeiro dos dois grupos apontados, é mais ou menos consensual. Nós a discutiremos mais detidamente a seguir. Já quanto ao segundo grupo, a questão é mais polêmica. Vianna (op.cit.) analisa a bibliografia a respeito (v. capítulo 3: "O Estado 'benefactor' e as leis sociais: 1930-1933"), colocando a seguinte questão: "A história do período 1930-1937, correspondendo à fase em que se criou a legislação trabalhista, torna-se crucial para efeitos desse trabalho. Se o Estado só adquiriu caráter modernizante em 1937, porque a excessiva preocupação em regular as relações de trabalho no mundo urbano-industrial nos anos anteriores? Se o esforço modernizante estava presente já em 1930, qual a relação entre a legislação e a industrialização - efeitos meramente políticos, ou, incluindo a estes, também incidentes sobre a taxa de acumulação?".

(33-a) Vargas, Getúlio - A Plataforma da Aliança Liberal Lida na Esplanada do Castelo, em 2 de janeiro de 1930, In: A Nova Política do Brasil, op.cit..

(34) Estranha "melhora"... Ver discussão anterior sobre este decreto, mais acima, neste mesmo capítulo.

(35) Idem. Ver também discussão mais acima a esse respeito.

(35-a) Vargas, Getúlio - Mensagem Lida Perante a Assembléia Nacional Constituinte no Ato de Sua Instalação, em 15 de novembro de 1933. In: A Nova Política do Brasil, op.cit..

(35-b) Montenegro, Severino - Relatório do Serviço de Estatística e Atuária do IAPC Relativo ao Ano de 1941, in Rev. Bras. de Atuária, vol. 2, nº 2, julho 1942, pp. 46-74.

(36) As "obras de assistência social em benefício dos servidores do Estado" (I.E., dos segurados do Instituto) estavam referidas em outra parte do mesmo artigo (alínea I, letra b).

A alínea II, letra b, ainda mandava destinar recursos decorrentes dos juros de investimentos a outra aplicação: "20% para auxílios destinados a estudos ou trabalhos de racionalização do Serviço Civil Federal e de seleção e aperfeiçoamento dos servidores do Estado" (!?).

(37) Esses capítulos ou seções dos regulamentos sobre "aplicação das reservas" são todos basicamente semelhantes. Além dos investimentos acima referidos, compulsórios ou não, dirigidos ao Estado (títulos da renda pública, ações de empresas semi-estatais, etc.) e dos que trataremos a seguir (empréstimos ao empresariado privado) previam os regulamentos, como já tivemos oportunidade de discutir anteriormente, também aplicações em planos geralmente referidos como "de interesse social dos segurados" (empréstimos ou construção de casas para venda financiada a estes). Sendo que, mesmo neste último caso, os investimentos eram caracterizados como tais, ou seja, deveriam retornar com juros, embora fossem admitidos índices algo menores do que os exigidos em outras aplicações. Veja-se, por exemplo, o que dizia a respeito o decreto de criação do IAPI (art. 69):

> "O Instituto manterá, a título de aplicação de fundos, e bem assim como benefício aos próprios associados, carteiras de empréstimos simples, hipotecário, e financiamento de casas para moradia".

Os demais regulamentos têm disposição mais ou menos semelhantes, como já foi referido anteriormente.

(38) E das aplicações destinadas a fins "de interesse social do segurado" (empréstimos a estes; financiamento para compra de casa própria; aquisição ou construção de hospitais e de indústrias farmacêuticas para os previdenciários); e aplicações "de interesse coletivo" ("empréstimo hipotecário para desenvolvimento de obras de interesse coletivo").

Nos referiremos mais adiante à maneira como CATANHEDE coloca a questão da assistência médica na Previdência Social.

(39) O artigo 1º do decreto de 1923 já é bastante ilustrativo do que estamos denominando de caráter "civil", autônomos das instituições previdenciárias da época, ao dizer:

> "Fica criada em cada uma das empresas de estradas de ferro existentes no país uma Caixa de Aposentadoria e Pensões para os respectivos empregados".

O artigo correspondente do decreto de 26, diz coisa semelhante:

> "Todas as estradas de ferro do país, a cargo da União, dos Estados, dos Municípios, ou de particulares terão CAPs para os seus ferroviários, regidas pelas disposições da presente lei".
>
> Ou seja: a ação do Estado restringia-se a impor, por uma medida legal, que as empresas (fossem públicas ou privadas) organizassem a seu nível, no seu interior, Caixas, cujo grau de autonomia financeira e administrativa já tivemos oportunidade de verificar no capítulo anterior.
>
> Compare-se com as características das instituições previdenciárias do pós-30, discutidas mais adiante.

(40) Frise-se, para a discussão posterior, que o "Presidente do Conselho Administrativo" tinha como funções específicas apenas a coordenação deste órgão e o voto de desempate em suas deliberações. Era, portanto, apenas um membro do próprio Conselho, não se colocando externamente a ele, nem tendo quaisquer outras funções específicas externas, distintas das de seus pares, além das acima mencionadas.

Nada mais é dito sobre esta questão em qualquer artigo do decreto de 1923 do que o seguinte:

> "Art. 41. A Caixa da Aposentadoria e Pensões dos Ferroviários será dirigida por um Conselho de Administração, de que farao parte o superintendente ou inspetor geral da respectiva empresa, dois empregados eleitos pelo pessoal ferroviário, de três em três anos, em reunião convocada pelo superintendente ou inspetor da empresa ferroviária. Será presidente do Conselho o superintendente ou inspetor geral da empresa ferroviária".

O único artigo que se refere ao assunto no decreto de 1926 (art. 45) diz mais ou menos o mesmo, acrescentando apenas que o Presidente do Conselho terá "somente voto de desempate".

Comparar com as características e funções do Presidente dos IAPs, apresentados mais adiante.

## 4) 1945-1964: NO RUMO DA "SEGURIDADE SOCIAL". A REDEMOCRATIZAÇÃO E A CRISE DO MODELO DE CAPITALIZAÇÃO

O período pós-45 vai mostrar um novo crescimento das despesas da Previdência Social em todos os seus itens, através de todos os indicadores que temos utilizado para a discussão deste problema (v. tabelas).

No período anterior, a despesa total, medida como percentagem da receita, conforme já discutido, caíra de 64,71% de 1930 para 42,05% em 1945, tendo atingido valores ainda menores em anos anteriores a este. No período ora em análise, ela volta a subir, atingindo 74,31% ao seu final (1964) e 83,26% no último ano de existência dos Institutos (1966) (v. Tabela I). Em valores reais (cruzeiros de 1976) por associado ativo esse crescimento correspondeu a uma passagem de apenas Cr$ 472,89, gastos em 1945, para ..... Cr$ 2.408,70 em 1963 (v. Tabela VII).

Obviamente o inverso se dava com os saldos anuais que, de 57,95% da receita em 1945 (e menos em anos anteriores), passavam a significar apenas 25,69% desta em 1964 e 16,74% em 1966 (v. Tabela I). Igualmente o "Fundo de Garantia" (reservas), que em 45 correspondia a 6,83 vezes a despesa daquele ano, cai em 1964 para um valor que não corresponde mais, pela primeira vez na história da Previdência Social brasileira, sequer à despesa total do ano, significando apenas 0,80 vezes esta despesa (v. Tabela I).

Os dados de nossas tabelas estão agrupados para o conjunto das instituições previdenciárias dos diversos períodos em análise. Mas, se as tomarmos isoladamente, veremos que, já a partir de.. 1964, alguns institutos começam na verdade a apresentar saldos negativos, como é o caso do IAPM e do IAPFESP (Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Ferroviários e Empregados em Serviços Públicos, criado em 1953 pela fusão das Caixas ainda remanescentes):

IAPM (deficits, em valores correntes)

1964 - Cr$ 4.556.389,00

1965 - Cr$ 2.596.000,00

1966 - Cr$ 4.326.000,00

IAPFESP (idem)

1964 - Cr$ 2.898.924,00

1965 - Cr$ 7.222.053,00

(Fonte: IBGE - Anuários Estatísticos do Brasil)

Tudo isso significava, em poucas palavras, a falência do "modelo de capitalização" que se pretendera impor a nossa Previdência no período de que trata o capítulo anterior. Agora, progressivamente, a Previdência tendia outra vez, como no processo interrompido em 30, a tornar-se um mero repassador aos segurados, na forma de benefícios pecuniários e serviços, do total da receita arrecadada, ou seja, a pautar-se, no concreto, por um "modelo de repartição".

O crescimento da despesas como percentual da receita se deve, em parte, ao fato de que esta última continuava sendo prejudicada pela permanente dívida da União e dos empregadores para com a Previdência Social, conforme já foi apontado (voltaremos a esta discussão adiante). Mas também ao fato de que, no período, volta a ocorrer um crescimento real das próprias despesas, em todos os seus itens (v. Tabela VII). Tratemos então, inicialmente, deste processo, procurando localizar suas causas.

Como ocorreu na discussão sobre o período anterior, poder-se-ia argumentar, também aqui, que o crescimento das despesas totais no período pós-45 foi devido apenas a um fenômeno atuarialmente previsível, qual seja, os efeitos da expansão anterior da massa segurada, que promovia agora, anos depois, o crescimento "natural" dos gastos com benefícios pecuniários de longo prazo. Assim como em relação ao último período abordado procuramos demonstrar que o processo de contenção de despesas ali ocorrido não tinha uma explicação meramente atuarial, mas incluía transformações no modelo de Previdência articuladas às características mais gerais da conjuntura em questão, procuraremos fazer o mesmo para este novo período, de modo a tentar outra vez, por este caminho, compreender como se colocou então a problemática previdenciária e, dentro dela, a questão da assistência médica nestas instituições entre 1945 e 1964.

Como da vez anterior, comecemos novamente pelos dados do próprio orçamento. A primeira coisa a perceber é que a expansão dos gastos totais no período não é devida fundamentalmente às despesas com aposentadorias e pensões. Assim, enquanto estas últimas crescem 706,51 vezes (em valores correntes) no período as despesas com assistência médico-hospitalar crescem 2.425,0 vezes e as "outras despesas" (benefícios de curto prazo, outros serviços e administração) 722,5 vezes (v. Tabela I). Como percentual da receita, enquanto os gastos com aposentadorias e pensões passam de 18,76 para 29,03%, os gastos com assistência médico-hospitalar se elevam de apenas 2,26% em 1945 para 11,98% em 1964 e 14,89% em 1966; e as "outras despesas" de 21,04 para 33,29% (v. Tabela I). Em valores reais (cruzeiros de 1976) por associado ativo, o crescimento das despesas com aposentadorias e pensões entre 1945 e 1963 é de 4,5 vezes, enquanto que as despesas com assistência médico-hospitalar crescem 13,5 vezes e as "outras despesas" 4,7 vezes.

Isto significa que o grande aumento das despesas de nossa Previdência Social ocorrido no período em análise não foi devido exclusivamente, e nem ao menos principalmente, a um crescimento, previsível em termos atuariais, dos gastos com benefícios pecuniários de longo prazo. Ao contrário, este aumento correspondia a uma efetiva mudança do modo de funcionamento das instituições previdenciárias, que passavam agora a diversificar seus planos de benefício e serviços, dispendendo muito mais recursos tanto em benefícios pecuniários de curto prazo ("auxílios") quanto em serviços nas áreas de saúde, alimentação e habitação (1).

Mas o próprio crescimento dos gastos com aposentadorias e pensões também não foi apenas um crescimento "natural". Em primeiro lugar ocorreu, como se verá adiante, uma nova mudança nos critérios de concessão do primeiro destes benefícios, com o retorno por exemplo da "aposentadoria ordinária" a instituições que a haviam eliminado no período anterior. Embora seja difícil estimam, quantitativamente, a partir dos dados disponíveis, que parcela do crescimento relativo ao número de benefícios concedidos (v. Tabelas II e VIII) foi devida a estas mudanças e que parcela correspondeu à mera evolução"natural" do sistema; não há dúvidas sobre a sua importância. Em segundo lugar, ocorreu uma substancial elevação do

valor real médio das aposentadorias e pensões concedidas (v. Tabela IX). Como foi discutido no capítulo anterior, a despesa anual com aposentadoria por aposentado (em cruzeiros de 1976) caíra de 12.113,67, em 1930, para apenas 3.742,51, em 1945. No período ora em análise, ela voltará a subir progressivamente, atingindo ..... 6.370,20 em 1964. Quanto às pensões, que haviam caído de cerca de 2.500,00 no início dos anos 30 para menos de 1.000,00 ao começar o novo período, processo semelhante se desenrola, de forma que elas chegam mesmo a recuperar o seu valor real anterior. Ou seja, apesar deste período caracterizar-se por um padrão inflacionário mais elevado do que aquele que o antecede (v. Tabela VI), as novas condições políticas vigentes faziam com que os segurados conseguissem defender o valor real dos benefícios recebidos, que não apenas deixam de depreciar-se a cada ano, como vinha ocorrendo até então, mas, mais do que isso, conseguem elevações reais. O mecanismo fundamental desta defesa foi a reivindicação salarial, dado que o valor dos benefícios era, em última instância, determinado pelo valor dos salários. Ou seja, em síntese, o crescimento das despesas e a tendência à "repartição" era dado não apenas por uma evolução "natural" do sistema e sim, principalmente, por determinantes de natureza mais propriamente política: por um lado, a dívida crescente da União e dos empregadores; e, por outro, a expansão, em amplitude e profundidade, dos planos de benefícios e serviços (maior diversidade, maior número e maior valor).

Rompera-se desta forma o projeto contencionista das despesas da Previdência Social que muitos de seus técnicos e dirigentes havia defendido no período anterior, e isto levava, ao fim do novo período, a uma situação que passou a ser designada por estes como "crise financeira" das instituições previdenciárias. Mas que, desde um outro ponto de vista, menos tecnocrático, pode ser encarada apenas como um desmantelamento do "modelo de capitalização", do "seguro social" enquanto tal, sistema que aspirava a um modo de funcionamento semelhante ao do seguro comercial privado.

2319

Mas porque tal coisa sucedera? A nosso ver, o elemento explicativo fundamental deve ser buscado nas novas condições políticas trazidas pelo pós-45.

Procuramos demonstrar, no último capítulo, que o período 30-45 impõe um dado modelo de funcionamento à Previdência Social brasileira: aquele definido pelas teses do "seguro social", da "capitalização". Modelo este que exige a manutenção de baixos níveis de despesa por parte das instituições previdenciárias, e, portanto, restrições e limites bem precisos nos seus planos de benefícios e serviços.

Mas vimos também como as pressões dos segurados, quando foram possíveis, se exerceram sempre no sentido exatamente oposto. Ou seja, no sentido da reivindicação pela extensão, em amplitude e profundidade, destes mesmos planos. Vimos que a manutenção de um processo ativo de contenção de despesas em nossa Previdência Social ao longo daqueles 15 anos só foi possível dadas as condições políticas "especiais" que então vigoraram: o autoritarismo e a repressão impostos ao país e, em especial, às classes trabalhadoras, principalmente a partir de 1935/37.

Ora, o período que se inaugura em 1945, caracteriza-se exatamente pela mudança destas condições, com o fim do Estado Novo e a assim chamada redemocratização do país (1.a). A dominação de classe na sociedade brasileira deverá pautar-se, agora, nas duas décadas seguintes, por outros mecanismos que, mal ou bem, passam a permitir um certo grau de expressão das reivindicações dos grupos subalternos e sua incorporação pelo Estado.

Hoje em dia são apontadas restrições ao grau de efetiva democratização da vida nacional no período em questão, na medida do surgimento ou persistência de fenômenos tais como o chamado "populismo"(1.b); as vinculações da estrutura sindical ao Estado (1.c); ou a ausência de uma total liberdade de organização político-partidária (que teve curtíssima duração). Mas, de qualquer forma, há que convir que as condições políticas modificaram-se substancialmente em relação ao período anterior, e principalmente à sua segunda metade, quando o Congresso permaneceu fechado, os sindicatos rigidamente controlados, as eleições para o Executivo em todos os níveis suspensas; a imprensa censurada, as oposições perseguidas, etc.

No âmbito da Previdência Social, esta mudança tem reflexos bastante nítidos. Apesar de uma certa tentativa de reação, no início do período, por parte dos técnicos e dirigentes previdenciários defensores das teses contencionistas (v. artigos citados no capítulo anterior), estas idéias vão sendo progressivamente abandonadas pelo novo regime que, agora, depende de um jogo político mais aberto, não pode se dar ao luxo de manter-se surdo às reivindicações populares. A tendência geral do período passa a ser, em função disso, a da incorporação pelo Estado das pressões dos segurados no sentido da ampliação e valorização dos planos de benefícios e serviços, cujos efeitos sobre o orçamento já analisamos.

Se abordarmos a questão mais de perto, no entanto, esta "tendência geral" (que existe enquanto tal ao longo de todo o período 45-64 e nos permite recortá-lo como distinto e razoavelmente homogênio) vai apresentar matizes dentro deste intervalo de tempo, coisa de que passamos a tratar em seguida.

Numa primeira etapa do período ora em análise (anos 45-50, gestão Dutra), a tendência acima referida será assumida intensamente. A tal ponto que, ao final do seu mandato, o Presidente da República irá referir-se às mudanças promovidas, sob sua gestão, nas instituições de Previdência Social (procurando frisar sempre que se deveram a pressões do Executivo sobre estas instituições) como não tendo se dado apenas no sentido do "aumento do círculo de segurados e beneficiários que amparam", mas também por "elevação do valor médio dos benefícios em espécie que outorgam" (o que é real. V. Tabela IX); "promoção, em larga escala, de programas assistenciais" (V. adiante); e aumento da "amplitude dos benefícios concedidos e do número de riscos cobertos pelos Institutos e Caixas" (idem) (1.d). Ou seja, ficara realmente longe a era da hegemonia das teses contencionistas.

Nestes mesmos documentos, numa clara crítica à orientação anterior sobre a questão previdenciária, Dutra vai dizer de como, sob seu governo, a Previdência Social foi forçada a reorientar o rumo das aplicações das reservas, da ênfase anterior nas preocupações com a rentabilidade dos investimentos para, o privilegiamento das "iniciativas de interesse social das classes seguradas": "Ora construindo ora ampliando hospitais, casas de saúde, sanatórios, a-

bulatórios, postos médicos e casas de tipo popular, as reservas da Previdência Social passaram talvez a ter melhor utilização".

Além dessa formulação genérica do problema, os mesmos documentos apresentam extensamente as realizações concretas resultantes desta reorientação política, realizações que, segundo os mesmos textos, fizeram as "despesas com assistência" (serviços) passar de 9% para 23% das despesas de assistência + benefícios entre 1945 e 1948. Fazem referência, por exemplo, à construção e compra de hospitais, ambulatórios e equipamentos médicos nas diferentes regiões do país e por parte de todos os Institutos (o IAPI a partir de 1950). Citando cada uma destas realizações (v. adiante); além da assinatura de convênios com terceiros para o fornecimento de assistência médica aos segurados (voltaremos também a esta questão); e ainda informa os níveis atingidos pela produção e distribuição gratuita de medicamentos. Relatam igualmente (também mencionando cada um deles) a construção, já concluída ou em andamento de vários conjuntos habitacionais e unidades isoladas (v. nota 1), também por parte dos diversos Institutos, e em várias cidades de diferentes estados, além de citar os montantes dos empréstimos concedidos no período, por vários Institutos para a compra de casa própria. Descrevem ainda as atividades de ampliação do "Serviço de Alimentação da Previdência Social" (SAPS, criado em 1941), com a construção de vários novos "restaurantes populares" e "Postos de Subsistência" em diversas cidades de onze estados, além de uma "granja de produção de grandes proporções", já em funcionamento, próxima ao Distrito Federal.

Uma árdua vitória do governo no período, contra as resistências contencionistas ainda presentes entre os atuários, se deu com a implantação da assistência médica no IAPI, finalmente iniciada em 1950, ou seja, após doze anos de funcionamento do Instituto (1.e). Desde 1943, sucediam-se Comissões encarregadas desta implantação. Em 1945, é criada uma segunda Comissão e, em 1947, uma terceira, todas fracassadas, com seus projetos arquivados e esquecidos. Só em 1948 é que uma quarta Comissão com o mesmo fim consegue implantar a assistência médica no Instituto, mesmo assim só após dois anos de trabalho (v. BELTRÃO, op.cit.). Nos dois textos citados à nota anterior ficam claras as pressões do governo sobre o

Instituto ("expressas determinações do Exmo. Sr. Presidente da República") no sentido de que não se protelasse ainda mais o início do atendimento médico aos segurados.

No âmbito da legislação, a nova tendência anti-contencionista se exprime através da promulgação de uma série de decretos, que: estendem benefícios e serviços a categorias e grupos que não os recebiam até então; ampliam o valor destes benefícios; permitem aos Institutos e Caixas dispenderem mais recursos com os diferentes serviços (v. legislação de Previdência Social do sub-período em VALERIUS, op.cit.).

Paralelamente a este processo de progressiva e assimétrica ampliação dos direitos legalmente estabelecidos dos segurados, começa, já desde o fim do governo Vargas (2), uma discussão, que iria estender-se até 1960, a respeito da uniformização das instituições previdenciárias. Mais adiante, neste capítulo, ver-se-á como, quando esta finalmente se realiza, generaliza as conquistas do pós-45, resultando na extensão, ao conjunto dos segurados, de um plano de benefícios e serviços que será muito mais amplo do que o de qualquer instituição em particular no período anterior (v. Quadro I).

Os dados sobre o orçamento no sub-período em questão (v. Tabelas I, VII e IX) nos mostram os efeitos concretos de todas estas transformações.

Neste primeiro sub-período (45-50), além do determinante fundamental das transformações porque passa então a Previdência, que eram as novas condições políticas internas, alguma importância (embora secundária e dependente do exposto acima) deve ser creditada também a mudanças ocorridas no plano internacional, em relação ao tema, no segundo pós-guerra. Mudanças estas que têm como expressão maior as idéias defendidas por Sir William Beveridge no plano que elaborou em 1942 para a reestruturação da questão previdenciária na Inglaterra, ao qual ficou associado seu nome (3).

O final da guerra e os anos imediatamente posteriores vão corresponder a um sério esforço dos países capitalistas centrais no sentido de repensar a questão da "Política Social" e das atribuições do Estado nesta área. Tratava-se em última instância, de

parte de um amplo processo de enfrentamento, no plano ideológico, simultaneamente aos projetos fascista e socialista de organização da sociedade, o primeiro dos quais, apesar de derrotado militarmente, demonstrara ter encontrado significativa aceitação em diversos setores; enquanto o segundo estava em plena ascenção ao final do conflito (3.2). A inclusão de temas "sociais" na "Carta do Atlântico", assinada pelos "aliados" após a guerra, o papel atribuído ao Bureau Internacional do Trabalho (v. adiante) e o "Plano Beveridge" são marcos deste grande projeto de hegemonia então em desenvolvimento.

Mas, para tanto, era necessário contrapor-se à postura liberal do Estado até então associada ideologicamente à idéia de capitalismo (v. ASSIS, op.cit.; e LAROQUE, op.cit.). Juntamente com o abandono, a partir das proposições keynesianas, do liberalismo no âmbito da economia passava-se a pregar também, nesta época, o crescimento da intervenção do Estado na área e a das chamadas "políticas sociais", coisa que atingiu o seu apogeu na Europa Ocidental, sob os governos trabalhistas e social-democratas que se sucederiam em vários países da região. Aspirava-se atingir o que se passou a denominar o "Welfare State", o "Estado do Bem-Estar Social", a "Abolição da Necessidade"(v. adiante) através de gastos estatais nas áreas "sociais".

Na questão previdenciária, as críticas com este teor passaram a orientar-se contra a organização da Previdência nos moldes neo-liberais do "seguro social". A este conceito se passa a contrapor então a idéia de "Seguridade Social" ou "Segurança Social" (de "Social Security" em oposição a "Social Insurance"). Sobre o tema, v. MARSHALL, op.cit.; ASSIS, op.cit.; LAROQUE, op.cit.; e POTESTÁ, op.cit. É interessante notar o uso deste novo jargão inclusive nas Mensagens presidenciais do sub-período. (V. DUTRA, 1950, op.cit.).

Como já foi discutido anteriormente, os ideólogos do "seguro social" viam a Previdência como devendo corresponder a nada mais do que um grande sistema de seguros, com lógica de funcionamento idêntica à do seguro comercial privado. Os formuladores e defensores da idéia de "Seguridade Social" vão propor, ao contrário, que a Previdência rompa radicalmente com esta lógica:

espontaneamente. O Bureau Internacional do Trabalho (BIT, depois Organização Internacional do Trabalho, OIT), passou a funcionar na época como um instrumento de divulgação ativa daqueles teses, promovendo reuniões internacionais, produzindo documentos, realizando encontros, congressos, cursos; estabelecendo revisões das Convenções internacionais sobre o tema, etc. E os "intelectuais" da Previdência Social brasileira (e principalmente os do IAPI) participavam ativamente deste movimento. Os Institutos e o Ministério do Trabalho eram associados daquela organização internacional a faziam representar-se em suas reuniões e congressos. Na revista Industriarios são frequentes as traduções de textos estrangeiros sobre Previdência Social, entrevistas com dirigentes previdenciários de outros países e do BIT, informes dos congressos e encontros internacionais escritos por participantes brasileiros. Há uma seção permanente de síntese do boletim do BIT, onde dá conta do que ocorria com a Previdência Social em todo o mundo; etc. (v. coleções da revista). A erudita monografia de Armando de Oliveira Assis, já mencionada, onde se defende a tese da "Seguridade", é, por exemplo, toda baseada nos pontos de vista dos principais dirigentes e técnicos previdenciários franceses, italianos, norte-americanos, alemães, ingleses, canadenses, latino-americanos, e do BIT. A entrevista também já citada, do dirigente do Bureau, Pierre Laroque, "ao seu colega de Comitê" Joaquim Veloso Cardoso de Oliveira, do IAPI, dá bem uma idéia da influência e das pressões deste órgão, na época, sobre o movimento previdenciário mundial ("incitar os governos a fazerem progredir as Instituições de Seguridade Social ao máximo permitido pela sua situação econômica e social" ... "A reunião teve também, e é necessário acentuar, o interesse de aproximar os responsáveis pela Seguridade Social de um grande número de países, ensiná-los a melhor se conhecerem e criar entre eles relações de amizade que se desenvolverão em uma colaboraçãocada dia mais estreita").

Obviamente, como foi dito desde o princípio, não se deve supor que apenas estas pressões internacionais, por maiores que fossem, possam explicar as transformações que vimos tentando apontar na Previdência Social brasileira no período ora em análise. Mas, como vimos, elas encontravam aqui, na época, um clima interno propício, e se tornavam então mais um elemento em jogo, trazendo uma legitimidade pretensamente "técnica" às reivindicações dos segurados.

Na verdade, as teses da "Seguridade Social" em sua forma "pura", mais radical, como foram elaboradas por Beveridge e defendidas entre nós por alguns técnicos como Armando de Oliveira Assis, jamais foram estabelecidas na Previdência Social brasileira, "nem mesmo neste período. Jamais, por exemplo, a concessão de benefícios e serviços deixou de exigir a contribuição dos "segurados", e jamais o valor dos benefícios pecuniários deixou de ser proporcional às contribuições, e estas aos salários. Jamais concretizou-se entre nós, por exemplo, uma das idéias centrais de Beveridge, que era o "seguro-desemprego" (v. VARGAS, 1954, op. cit.). O que ocorreu concretamente foi uma pressão ao interior do sistema de "Seguro Social", com os segurados tentanto manter nos valores mínimos possíveis as suas "contribuições", enquanto exigiam, por outro lado, a ampliação e valorização dos planos de benefícios e serviços. A tese central, radicalmente antiliberal, das idéias da "Seguridade", que era a de que fundamentalmente o Estado deveria arcar com os ônus dos planos de benefícios e serviços, nem de longe foi aceita, em nenhum momento, pelo Estado brasileiro, o qual, ao contrário, continuou, ao largo de todo esse período, não cumprindo sequer seus compromissos financeiros para com a Previdência nos termos legalmente estabelecidos (4). Em novas condições políticas, nas quais os segurados haviam readquirido algum poder de barganha, o que o Estado passara a fazer tinha sido simplesmente incorporar estas pressões, concedendo realmente, à medida que se exerciam, aumentos no número e no valor dos benefícios e serviços da Previdência, mas sem tratar de assegurar recursos e fontes de financiamento que garantissem a possibilidade de manutenção, no tempo, destes planos, tornados agora, progressivamente, outra vez, "abrangentes e pródigos" como em nosso primeiro período de análise.

Neste sentido, a atitude assumida era realmente "demagógica" (sic), imediatista e irresponsável, como o dirão, mais à frente, Vargas e Café Filho (v. adiante), na medida em que o que se fazia era apenas "conceder" a reivindicada ampliação e valorização dos planos, recolher as vantagens políticas desta "concessão", mas deixar que (quase) apenas as contribuições dos segurados e as reservas anteriormente acumuladas financiassem tal "prodigalidade" (trataremos adiante da "crise financeira" que esta orientação logo produzirá).

É interessante notar, ainda no subperíodo 45-50, a mudança que se vai processar nas prescrições "técnicas" dos atuários em relação à questão da assistência médica na Previdência Social, com o surgimento, neste período, de argumentos atuariais em defesa da ... ampliação desta assistência (!).

Essa questão é interessante para mostrar a relatividade destes argumentos "técnicos", e sua utilização política de acordo com as circunstâncias de cada momento.

Durante o ano de 1948 (e portanto anteriormente à implantação, em dezembro deste ano, da Comissão que iria finalmente estabelecer a assistência médica no IAPI, mas, por outro lado, nas proximidades desta implantação) surgem, na revista Industriários, como vimos no capítulo anterior, uma série de artigos que têm como denominador comum uma argumentação atuarial que pretende justificar a não concessão de assistência médica por este Instituto. O argumento central, como vimos, era a defesa do patrimônio da instituição e, assim, da sua capacidade de arcar com seus compromissos ditos "tradicionais", isto é: aposentadorias e pensões (v. MADEIRA, 1948; GPD/IAPI, 1948; "O GLOBO", 27/8/47).

No ano seguinte, já implantada a Comissão (por determinação expressa do Executivo), as seções atuariais e estatísticas da revista passam a defender, mais ou menos explicitamente, o ponto de vista exatamente oposto, isto é: a conveniência (atuarial!) da implantação da assistência médica. O argumento encontrado agora é de que o Instituto despendia muito dinheiro com benefícios por doença e invalidez, e que serviços médicos assistenciais e de recuperação poderiam não só diminuir estas despesas como, ainda mais, aumentar a receita, pelo retorno mais rápido dos segurados em benefício à situação de contribuintes (4a).

Apresentam, neste sentido, dados mostrando que, entre nós, as causas principais de aposentadoria por invalidez e seguro-doença eram causas redutíveis, principalmente a tuberculose; que as nossas "taxas de entrada" em invalidez eram maiores do que a experiência internacional, etc., etc.

O exemplo mais interessante desta mudança é dado pelo então Atuário-Chefe do IAPI, João Lyra Madeira, que, após escrever um sarcástico artigo, em 1948, (já discutido por nós no capítulo anterior), contra as pressões por ampliação do âmbito da Previdência, inclusive a prestação de assistência médica ("a finalidade dos IA

é simplesmente conceder aposentadorias e pensões...". (v. MADEIRA, 1948, op. cit.), escreve outro artigo em 1949, onde defende:

> "a criação de serviços médicos (que) virá aumentar a taxa de recuperação, reduzindo assim, de muito o tempo médio de duração do benefício, pelo retorno à atividade de uma massa ponderável de aposentados". (MADEIRA, 1949, op. cit.)

Além da assistência médica, também auxílios pecuniários de curto prazo, outra das antigas heresias, passarão a ser agora defendidos pelos técnicos (4b).

Quanto à questão da forma na qual a assistência médica era prestada nas instituições de Previdência Social, este subperío do caracterizar-se-á por um ativo processo de construção e compra de serviços próprios, não apenas de caráter ambulatorial, mas também hospitalar. Inaugurar hospitais e ambulatórios construídos ou comprados pelos Institutos e Caixas, ao que parece, tornar-se-á uma atividade que, nas novas condições vigentes, passará a ser estratégica em termos de ganhos políticos e eleitorais. Assim, as Mensagens ao Poder Legislativo de Dutra, acima citadas, vão dar grande destaque a estas realizações, informando que, apenas nos exercícios de 1948 e 1949:

— O IAPM adquiriu um hospital de sessenta leitos em Belém (Pará) e estava construindo outro, de 600 leitos no Distrito Federal; instalou um ambulatório em Recife (Pernambuco) e outro em Caravelas (Bahia); e remodelou sua clínica de tisiologia no Distrito Federal;

— O IAPB "ampliou sua rede de sanatórios" para tuberculose, que passou a contar com um no Distrito Federal (Cardoso Pontes), um em Santo Antônio (São Paulo), um em Belo Horizonte (Minas Gerais) e outro em Fortaleza (Ceará);

— O IAPETC inaugurou, já tendo entrado em funcionamento, no Rio de Janeiro, "o primeiro conjunto hospitalar dentre os que, por recomendação do governo, estão sendo construídos por esta Instituição". Enquanto isso, prosseguia a construção dos hospitais de Recife, Salvador e São Paulo, com, respectivamente, 350, 350 e 500 leitos, e com inauguração prevista para 1950. Em 1948, instalou cinco postos médicos, respectivamente no Distrito Federal, Espírito Santo, Maranhão, Paraíba e Rio Grande do Norte; e ambulatórios em seis cidades da Bahia, quatro cidades do Ceará, duas cidades de

pírito Santo, um em Minas Gerais, três em Mato Grosso, um no Paraná, um no Rio Grande do Norte, um em Sergipe, um no Rio de Janeiro, dois no Rio Grande do Sul e catorze em São Paulo. Além disto, foram instalados serviços de "Pronto Socorro", "Conjunto Cirúrgico de Emergência" e ""Seção de Recuparação Profissional" em um ambulatório na capital de São Paulo. Em 1949, o Instituto inaugurou mais nove ambulatórios, passando a contar então com 123.

- O IPASE inaugurou, em 1948, ambulatórios nas capitais de Minas Gerais, Bahia, Paraíba, Rio Grande do Norte e Rio de Janeiro, que vinham somar-se aos dois já existentes no Distrito Federal. E em 1949, mais ambulatórios, nos Estados de Alagoas, Bahia, Ceará, Maranhão, Mato Grosso, Minas Gerais, Pará, Paraná, Rio Grande do Sul, Santa Catarina e São Paulo.

- O IAPC inaugurou, em 1949, um "hospital próprio, especializado, no Distrito Federal", e cinco ambulatórios, respectivamente em cidades do Pará, São Paulo, Paraná, Rio de Janeiro e no Distrito Federal.

- e, finalmente, o IAPI começava, em 1950, a construir os seus primeiros ambulatórios no Distrito Federal, São Paulo e Niterói.

Dentre os seis hospitais comprados ou construídos, e mais quatro em fase final de construção, apenas nestes dois anos, além do grande número de ambulatórios e postos médicos inaugurados, mostram bem que a orientação quanto a este problema havia se modificado bastante desde o período anterior (5).

Outra característica do sub-período de que estamos tratando, e que se prolonga pelos seguintes, é o início de um processo de integração entre os serviços médicos dos diversos institutos e Caixas, com a constituição das chamadas "comunidades de serviço", pelas quais os segurados das diversas instituições passam a ser progressivamente atendidos, de forma indistinta, por um "pool" dos vários centros médicos previdenciários. Neste sentido, é criado, em 1949, o SAMDU ("Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência da Previdência Social". V. Decreto nº 27.664 de 30/12), o qual, desde logo, poderia prestar também "assistência médica relativa a outros serviços médicos especializados" (art. 1º § 2º) além dos indicados em sua denominação.

Esta iniciativa, que veio efetivamente a florescer, era parte do processo, a que já fizemos referência, de progressiva homogeneização dos direitos dos segurados das diversas instituições previdenciárias, que se desenvolvia no período, apesar da resistência dos Institutos pertencentes às categorias politicamente mais poderosas.

Mantinha-se, além disso, a prática de comprar serviços médicos e hospitalares a terceiros. Agora, contudo, ao contrário do que ocorria no período anterior, essa atitude era definica como meramente provisória, como se pode notar nas citações a seguir. A referência ao IPASE, por exemplo, na Mensagem Presidencial de 1949 de que temos tratado diz:

> "Em outras localidades, o IPASE tomou a decisão, para atender a seus segurados e beneficiários, de designar, credenciar ou contratar profissionais, que, trabalhando em consultórios próprios, prestarão assistência médica até que seja instalado o ambulatório do Instituto."

Na Mensagem de 1950, o trecho referente ao IAPETC repete coisa semelhante:

> "Nos locais em que a massa segurada, pela sua diluição, ainda nao permite a instalaçao de ambulatorios, o Instituto manteve o sistema de credenciar ou contratar médicos, dentistas, serviços de enfermagem e hospitais, havendo, em 31 de dezembro último, 817 médicos, 50 dentistas e 133 hospitais trabalhando para os segurados da instituição, mediante este regime."

Destoam desta orientação, que parece ser razoavelmente generalizada (v. também, sobre isso, a referência da nota 5: "A Previdência Social no Brasil e no Estrangeiro"), os responsáveis pelo IAPI, velho bastião das tendências contencionistas, como temos visto, e que até então resistira a prestar assistência médica sob qualquer forma a seus segurados. Ao contrário do caráter de provisoriedade que a compra de serviços tinha para os demais Institutos, aqui esta era tomada como opção desejável. Na mesma Mensagem presidencial citada acima, por exemplo, note-se como a questão é encarada de forma diferente no trecho que se refere ao IAP dos industriários:

> "O Instituto conseguirá implantar, destarte, com o início dessas atividades de assistência médica, um sistema plástico e inteligente de seguro-enfermidade, por isso que garante ao associado doente o benefício em dinheiro, não somente o substitutivo parcial do seu salário, mas também amplos re

> cursos de tratamento, necessários ao seu retorno à atividade, sempre que isso se torne possível. Aliás, não tem sido outro o sentido que o Governo procura dar à função do seguro-doença, em obediência à norma técnica de socializar, não a medicina, mas o custeio das despesas médicas cujo custeio e imprevisibilidade possam colher desprevenido o indivíduo e a sua família."

Nos anos 50 (segundo governo Vargas e gestão Kubitschek) o Governo Federal vai tentar reviver a questão da necessidade de contenção das despesas da Previdência Social, em nome de uma assim chamada "crise financeira" por que estavam passando as instituições previdenciárias (v. adiante). "Crise" que, como se verá a seguir neste texto, deve ser relativizada, se não nos restringimos a observar os dados orçamentários e passamos a perguntar pelo seu significado, ou melhor, pelos determinantes da situação então criada. Discutiremos com mais vagar esta questão nas páginas a seguir mas, podemos desde já adiantar suas conclusões.

Ocorre que, no novo sub-período, mantidas "grosso modo" as condições políticas gerais que vinham permitindo aos segurados defender melhores planos de benefícios e serviços e um não aumento das suas contribuições, este processo continua a se desenvolver. As tabelas I, VII e IX nos mostram que, apesar do ressurgimento do discurso contencionista, ele se mantém apenas enquanto tal (há apenas uma discreta queda das despesas medidas como percentual da receita, na seguinte metade da década – v. Tabela I. Mas as outras duas tabelas nos mostram que elas seguem crescendo em valores reais "per capita"). Persistindo o jogo democrático, o Estado não ousa levar à prática as ameaças contencionistas que chega a fazer no plano do discurso, dado que teria que enfrentar suas conseqüências políticas e eleitorais.

Mas, por outro lado, continua sem assumir à medida que se tornaria necessária para enfrentar esta situação, qual seja: saldar o seu já imenso débito acumulado com as instituições previdenciárias (v. adiante) e passar a pagar-lhes, pontualmente, o legalmente estabelecido, além de fazer com que os empregadores agissem da mesma maneira).

O problema da "dívida da União" continua a ser permanentemente discutido no período (já o era desde Dutr,, como vimos. V. DUTRA, 1949 e 1950, op. cit.), com o Executivo continuando a reno-

var permanentemente as promessas de solucionar a questão, mas sem efetivá-las (5a). Só que, - o que é importante, além do pessurgimento do discurso contencionista, como característica do sub-período -, começa a surgir, meio implicitamente, uma tentativa de justificar esta prática de sonegação oficial recorrendo-se para tanto à ideologia "desenvolvimentista" (5b), que alcançava razoável grau de hegemonia em amplos setores do país à época. Ou seja, recorrendo-se à tese de que os gastos nas áreas "sociais" de maneira geral, e, entre elas, a Previdência, não deveriam pôs em risco o processo de industrialização acelerada que os dois governos da década, por vias diferentes (nacional x "aberta") procuraram impor ao país.

"As verbas aplicadas no trabalho de saúde não devem ameaçar as disponibilidades destinadas a uma aplicação de maior prioridade" (5c). "O Governo tem desestimulado aplicações de recursos financeiros em obras assistenciais, de efeito meramente demagógico" (5d). "As conquistas do operariado brasileiro serão mantidas e ampliadas", mas ... "não basta aprimorar a legislação social", só "o enriquecimento e engrandecimento do país" garantirá melhoras efetivas para as condições de vida dos trabalhadores (5e). Estas são idéias que começam a aparecer com freqüência no discurso oficial da época (6). O estado de "bem-estar social", a "abolição da necessidade" realizados pelos seguidores de Beveridge, para o Estado brasileiro, agora, não eram mais vistos como algo que se pudesse alcançar através de uma "Política Social" ampla. Mas como algo que deveria esperar pelo "desenvolvimento" (entendido como industrialização, e como crescimento dos indicadores econômicos). E o corolário desta tese era que se exigiam sacrifícios por parte das classes trabalhadoras nesta questão, enquanto o "desenvolvimento" não chega. Os gastos com "Política Social" "não devem ameaçar as disponibilidades destinadas a uma aplicação de maior prioridade", têm um caráter "meramente demagógico" ou, na melhor das hipóteses, bem intencionado mas utópico.

A partir daí, retomavam-se, de certa forma, as idéias do 'seguro social":

> "A melhoria e ampliação dos benefícios se deve fazer progressivamente, como se está fazendo, segundo se mostrou anteriormente; mas é indispensável que tenham bases atuariais sólidas, pois do contrário as instituições de previdência não serão capazes, no futuro próximo, nem mesmo de atender

> aos benefícios que atualmente asseguram. É grave responsabilidade a de estatuir compromissos para as organizações de previdência, sem dar-lhes os recursos necessários." (...)
>
> "(sobre o plano de aplicações), embora reservando os recursos da previdência para inversões de interesse social ou básico para a economia brasileira – como me parece essencial – assegure ao total das aplicações o rendimento mínimo necessário à solidez financeira do sistema de previdência." (VARGAS, 1953, op. cit.).

E a revista Industriários, como bom termômetro que sempre foi dos humores oficiais, deixa de dar divulgação aos "beveridgianos" e volta a apresentar também artigos mais próximos das velhas idéias contencionistas (6a).

Nos anos do governo Vargas, as Mensagens presidenciais, após as referidas ameaças contencionistas, ainda noticiam, mais adiante, novas realizações e avanços na área da Previdência (v. VARGAS, 1951 a 1954, op. cit.), embora em menor escala do que sob Dutra. A partir de 1955, no entanto, as notícias sobre realizações desaparecem, deixando lugar somente à discussão da "crise financeira" e às propostas de contenção de despesas e reformulações na Previdência.

Café Filho, por exemplo, (talvez por dirigir um governo provisório, e com isso sentir-se menos preso à necessidade de compromissos políticos em relação aos segurados) será radical neste sentido:

> "O sistema de Previdência Social brasileiro não apresenta condições satisfatórias, notadamente quanto ao aspecto econômico-financeiro. O resultado de balanços e das respectivas disponibilidades demonstram que se caminha para uma posição delicada, em face do crescente acervo de encargos que a legislação em vigor, elaborada sem o necessário espírito de unidade, impõe às entidades de previdência.
> Os planos de benefícios têm sido ampliados sem a correspondente contra-prestação de recursos exigidos para atender aos novos encargos.
> A crise que atinge os órgãos de previdência é de natureza complexa, convindo lembrar, como fonte geradora, a própria orientação administrativa impressa a seus serviços, a que, infelizmente, não têm sido estranhas influências político-partidárias." (CAFE Fº, J., op. cit.)

A partir deste diagnóstico, serão propostas rígidas medidas de contenção de despesas:

> "Viu-se o Governo compelido a adotar medidas rigorosas para contenção das despesas, ao mesmo tempo que cuidou dos aspectos ligados à melhoria dos níveis de eficiência.
> Na realização deste programa, recomendou controle mais rigoroso dos gastos, de modo que se restringisse o apelo a reforço de verbas, a transferência de créditos e outras medidas que geralmente modificam a execução orçamentária." (idem)

Medidas que incluíam a área de assistência médica:

> "Em decorrência do programa de recuperação econômico-financeira traçado para as autarquias de previdência, determinou o Governo a contenção dos quadros atuais dos serviços médicos domiciliares, e rigoroso regime de compressão de despesas, para prevenir majorações de custeio." (ibid.)

Propor-se-ão também novamente medidas no sentido de que fossem saldados os múltiplos débitos para com as instituições previdenciárias:

> "Determinou (o Governo) a incrementação da cobrança das dívidas hipotecárias dos empregadores, da arrecadação das contribuições e, bem assim, da liquidação dos depósitos bancários ainda em poder de instituições privadas, e dos débitos de autarquias e sociedades de economia mista para com a previdência social. (...)
> Cuida o Governo em estabelecer um esquema de pagamento para a dívida da União com as entidades de previdência social, e, ao mesmo tempo, evitar seu crescimento." (ibid.)

A observação do orçamento (v. tabelas) e a persistência das mesmas questões nos anos seguintes mostram, no entanto, que este conjunto de medidas, ou não foi implementado, ou não teve continuidade na administração seguinte. Administração que, ao contrário desta, novamente não dependia de uma situação de excepcionalidade e, portanto, tinha que se ver às voltas outra vez com as dificuldades inerentes às tentativas de imposição de medidas contencionistas sobre a Previdência Social em um contexto democrático.

Juscelino continuará tratando fundamentalmente da "crise financeira" e, ao abordar este tema, nos fornece dados muito interessantes para demonstrar a tese que temos defendido a este respeito.

Em 1956, por exemplo (v. KUBITSCHEK, 1957, op. cit.), a arrecadação prevista para o conjunto das instituições previdenciárias, a partir das três fontes de "contribuições" (União, empregadores e empregados), era de Cr$ 25 bilhões (em valores correntes).

Pode-se perceber, portanto, que a chamada "crise financeira" da Previdência Social representava, na verdade, longe de ter caráter meramente "técnico" que a própria expressão usada para designar a situação sugeria, o reflexo de um problema de natureza muito bem política: o choque de pressões incontroláveis no interior do

Previdência Social e que, longe de solucionar, o período mantinha e agravava em função de suas complexas características. Por um lado, não era mais possível ao Estado manter seriamente uma política contencionista como no primeiro governo Vargas, e as tendências neste sentido agora não passavam de formulações teóricas que não superavam o nível do discurso. Na prática, a atitude assumida, ao contrário, adquiria características bem marcadas pelo contexto "populista" da época, para desespero dos atuários, com amplas "concessões" nos planos de benefícios e serviços, mas sem muitas considerações sobre os efeitos a longo prazo desta orientação sobre os orçamentos.

Por outro lado, permanecia a recusa de União de saldar seus compromissos financeiros para com a Previdência, apesar das monotonamente repetidas promessas neste sentido. Ao contrário, a dívida crescia a cada exercício: de 840 milhões de cruzeiros em 1945 (valores correntes. V. DUTRA, 1949, op. cit.), para 30 bilhões em 1956 (V. KUBITSCHEK, 1957, op. cit.), o que corresponde a um crescimento real de 12,5 vezes em onze anos. E as justificativas apresentadas para a permanência desta situação mostram a complexidade dos elementos em jogo.

Uma delas era a da "insuficiência das atuais quotas e taxas de previdência para cobrir a parte da União" (KUBITSCHEK, 1957, op. cit.), onde se deixava clara a inconveniência política de elevar estes impostos. Ou seja, também aqui a democracia criava problemas para os responsáveis pela Previdência. Mas a outra justificativa estava ligada à questão já discutida do "desenvolvimentismo". Se agora, ao contrário do período 30-45, não se chegava a pretender que as reservas da Previdência (inclusive por que estavam em declínio) colaborassem no processo de industrialização que o Estado procurava implementar, por outro lado este processo é utilizado como uma espécie de justificativa, no plano ideológico, para a pretensa "impossibilidade" da União saldar seus débitos. Juscelino (v. KUBITSCHEK, 1957 e 1958, op. cit.) chegaria a propor, então, que se alterasse o critério de contribuição tri-partite paritária, até então formalmente vigente, de modo que passasse a caber à União apenas a cobertura das despesas com administração (correspondente a 20% das despesas no exercício de 1956 segundo os textos, o que equivale portanto a menos de 14% da receita. V. Tabela X). Como deixa claro, este montante era aproximadamente igual ao

valor que efetivamente vinha sendo pago pela União à Previdência nos últimos dois anos (56/57), a título de saldo parcial do total devido nos exercícios. Ou seja, tratava-se de tornar de direito a situação de fato. E acabar com o tradicional critério teórico de contribuições paritárias, num avanço, no plano legal, do neo-liberalismo (esta proposta será incorporada e implementada após 1966 pelo INPS. V. adiante).

Pode-se perceber, então, em síntese, que a chamada "crise financeira da Previdência Social" era apenas a expressão de um momento da luta - velha como a própria Previdência Social no Brasil - entre os segurados e o Estado em torno da questão do caráter "neo-liberal" da nossa estrutura previdenciária. Tratava-se, outra vez, do debate sobre quem financiaria, e em que proporções, as despesas da Previdência, questão agravada pelo aumento destas despesas.

Os primeiros anos da década de 60 vão ver, no plano do discurso oficial, o desaparecimento das idéias contencionistas de orientação "desenvolvimentista", sobre a Política Social ("Nos tempos que correm, é muito freqüente ouvir falar no problema da rentabilidade do investimento no setor saúde (8) ... Não foi encontrada até hoje nenhuma fórmula para medir ... ninguém, entretanto, poderá afirmar que, quando um país emprega recursos para defender a vida dos seus habitantes, os esteja malbaratando") (9)

E, neste processo, continuam a crescer, agora também sem este óbice, as despesas da Previdência Social. O marco inicial do novo sub-período será a finalmente conseguida promulgação da "Lei Orgânica da Previdência Social" (LOPS), com a prodigalidade de seu plano de benefícios e serviços estendida ao conjunto dos segurados.

Dada a importância deste sub-período, passamos a considerá-lo com mais vagar a seguir.

## NOTAS E BIBLIOGRAFIA

1 - No capítulo anterior, procuramos demonstrar que a construção ou financiamento de casas próprias para os segurados por parte da Previdência Social nascera como uma forma de aplicação de capital entre outras imaginadas por estas instituições, e que, como tal, deveria manter-se rentável. O crescimento do ritmo inflacionário no período que ora nos ocupa (v. Tabela VI), no entanto, aliado a um readquirido poder de barganha dos segurados (v. adiante) viria fazer com que, agora, estes programas se tornassem deficitários, constituindo-se então um efetivo "serviço", em um efetivo subsídio à compra da casa própria.

1a - V., por exemplo, SKIDMORE, Op. cit.; VIANNA, op. cit.; etc.

1b - V. WEFFORT, Francisco C. – O Populismo na Política Brasileira, in FURTADO, C. (coord.) – Brasil: Tempos Modernos, Rio, Paz e Terra, 1968; e
WEFFORT, F.C. – Origens do Sindicalismo Populista no Brasil, in Estudos CEBRAP nº 4, abr./jun. 1973, S. Paulo, CEBRAP.

1c - V. VIANNA, op. cit.; RODRIGUES, op. cit.; SKIDMORE, op. cit.; WEFFORT, op. cit.

1d - DUTRA, Eurico Gaspar – Mensagem ao Poder Legislativo, de 15 de março de 1949 (Trechos transcritos sob o título "A Previdência Social na Mensagem do Chefe do Govêrno") in Rev. Industriários, nº 8, abril 1949; e Mensagem ao Poder Legislativo, de 15 de março de 1950 (idem) in Rev. Industriários, nº 14, abril, 1950.

1e - Ver BELTRÃO, Hélio - Benefícios de Assistência. Serviço de Organização do Departamento de Assistência. Planejamento e Implantação do Distrito Federal, in Rev. Industriários, nº 13, fevereiro 1950; e PEDRO, Alim - Benefícios de Assistência, in Rev. Industriários, nº 17, outubro 1950 (editorial).

2 - V. Decreto nº 7.526, de 7 de maio de 1945 ("Lei Orgânica dos Serviços Sociais do Brasil"). Este decreto previa a unificação da Previdência Social brasileira numa instituição única: o "Instituto dos Serviços Sociais do Brasil" (ISSB), idéia que só se concretizaria, em outras circunstâncias, em 1967, com o surgimento do INPS.
Apesar de não especificar com detalhes o plano de benefícios e serviços proposto, as poucas indicações a respeito no decreto sugerem um caráter avançado em relação à legislação anterior, do período 30-45 que se encerrava então e que já tivemos oportunidade de discutir. Por exemplo, ao reconhecer a aposentadoria ordinária; ao prever assistência médico-hospitalar e de "alimentação, vestuário e habitação dos segurados e seus dependentes" (art. 11) como atribuições obrigatórias; e ao determinar maior parcela de contribuição do Estado para a Previdência do que até então (além do habitualmente previsto, mais 1% da receita da União, e também "dos Estados, Territórios, Distrito Federal e Municípios". (Art.5º, alíneas "e" e "f").
Em síntese, parece que o projeto tendia a generalizar para o conjunto dos Institutos as conquistas anteriores das categorias politicamente mais poderosas. Para compreender esta aparente mudança de orientação ao final do período, é preciso levar em conta que o último ano do primeiro governo Vargas parece ter tido características especiais em relação aos anteriores. Sentindo as pressões que, sobre ele, já então se avolumavam, Vargas começa a mudar de postura, dando início a um processo de abertura política que, no entanto, não evitou sua queda (v. VIANNA, op. cit.).
Em 1947, começa a tramitar no Congresso (e o fará até 1960) um projeto de "Lei Orgânica da Previdência Social", que também terá esta mesma orientação básica (v. adiante).

3 - Para uma síntese do "Plano Beveridge", ver: Sem indicação do autor - Planos para a Segurança Social na Grã-Bretanha, (transcrito da "Revue Internacionale du Travail", vol. XLVII, nº 1, janeiro 1943), in Revista Brasileira de Atuária, 1943.
Ver também, a respeito: ASSIS, Armando de Oliveira - Em Busca de Uma Concepção Moderna de "Risco Social", in Rev. Indus

triários, nº 18, dezembro 1950; LAROQUE, Pierre - Seguridade Social, in Rev. Industriários, nº 15, junho 1950; e MARSHALL, op. cit.

Armando de Oliveira Assis era Assistente de Previdência do Departamento de Benefícios do IAPI, e este seu texto é uma tese premiada em concurso promovido pelo Instituto.

Pierre Laroque era Diretor Geral da Seguridade Social (sobre este conceito, ver adiante), do Ministério do Trabalho e Seguridade Social da França, e membro e ex-presidente do Comitê Permanente de Técnicos de Seguridade Social da Organização Internacional do Trabalho (OIT). O texto é a transcrição de uma entrevista por ele concedida a Moacir Cardoso de Oliveira, procurador do IAPI e membro do mesmo Comitê, durante reunião do órgão realizada na Nova Zelândia, à qual ambos compareceram.

3a - Sobre esta interpretação dos determinantes das mudanças ocorridas a nível internacional na questão previdenciária após a guerra, ver: POTESTÁ, op. cit.; e NOGUEIRA, R. - O Papel da Matemática nos Problemas Previdenciários, in Mensário Estatístico-Atuarial, nº 213, ano XVIII, 1970.

DÍVIDA DA UNIÃO PARA COM OS INSTITUTOS E CAIXAS DE APOSENTADORIA E PENSÕES

"Cota de Previdência"

| ESPECIFICAÇÃO | 1946 | 1947 | | 1948 |
|---|---|---|---|---|
| Saldo devedor acumulado de exercícios anteriores | 839.541.052,10 | 261.465.000,00 | | 1.280.210.781,80 |
| *Deficit* do exercício | 808.473.508,50 | 1.018.745.721,20 | (2) | 1.200.000.000,00 |
| SOMA | 1.708.014.560,60 | 1.280.210.781,80 | | 2.480.210.781,80 |
| Duodécimos pagos por conta da dotação orçamentária do ano | 131.033.000,00 | - | (3) | 70.833.333,00 |
| Diferença | 1.576.981.560,60 | 1.280.210.781,80 | | 2.400.377.448,80 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Outros valores entregues para amortização | 1.315.516.500,00 | | |
| Saldo devedor em 31 de dezembro | 216.465.060,60 | 1.280.210.781,80 | (4) 2.409.377.448,80 |

*Observações:*

*(1) 1.250 milhões de cruzeiros em partes beneficiárias da Companhia Siderúrgica Nacional (Dec. nº 9.264, de 15 de maio de 1946) e 65.516.500 cruzeiros, saldo da dotação orçamentária de 1945, paga no correr de 1946.*
*(2) Previsão baseada nas últimas informações recebidas do M.F. e M.T.I.C.;*
*(3) Cinco duodécimos da dotação de 170 milhões de cruzeiros consignada para 1948;*
*(4) Cifra aproximada em virtude de uma parcela anterior representar previsão para 1948.*

(DUTRA, 1948, op. cit.).

A continuação do crescimento da dívida nos anos posteriores será apresentada mais adiante, na seqüência do capítulo.

4a - Ver NEVES, J. e TORRES DE OLIVEIRA, F.L. - As Aposentadorias Por Invalidez e Suas Causas, in Rev. Industriários, nº 11, outubro 1949; MADEIRA; João Lyra – As Taxas de Invalidez, in Rev. Industriários, nº 12, dezembro 1949; e SERVIÇO ATUARIAL DO MINISTÉRIO DO TRABALHO INDÚSTRIA E COMÉRCIO - Razões Que se Opõem à Aposentadoria-Prêmio. Posição Privilegiada da Assistência Médica, in Rev. Industriários, nº 17, outubro 1950. Ver também, no mesmo sentido: BORGES, Durval Rosa - Seguro Social no Brasil, São Paulo, 1948, pgs. 142-147.

4b - Ver CARDOSO DE OLIVEIRA, Moacir Velloso - O Auxílio-Matrimônio: Benefício Relevante, in Rev. Industriários, nº 18, dezembro 1950.

5 - No livro A Previdência Social no Brasil e no estrangeiro", sem indicação de autor, Rio, FGV, 1950, há uma análise do programa de assistência médica dos diversos institutos, segundo o qual existiam, em 1950, os seguintes hospitais próprios da Previdência:

– IAPETC: um no Distrito Federal e outro em São Paulo, além de três em construção (São Paulo, Pernambuco e Bahia);

– IAPB: quatro sanatórios (Distrito Feder-l, São Paulo, Belo Horizonte e Fortaleza), e mais dois em construção;

— IAPM: três prontos (Belém, Niterói e Distrito Federal), e mais três em construção (outro no Distrito Federal, um em Santos e um em Rio Grande - RS).
Isto perfaz um total de nove hospitais prontos (e oito em construção) em 1950. Considerando que, como vimos, cinco ou seis foram inaugurados nos anos 48-49, pode-se concluir que, em todo o período anterior a 1948, a Previdência só contava com três ou quatro hospitais próprios. Em 1967, quando da unificação dos Institutos no INPS, este herda dos primeiros mais de vinte hospitais, a enorme maioria dos quais, portanto, construída no período de que se ocupa este capítulo.

5a - Ver: VARGAS, Getúlio - Mensagem ao Poder Legislativo, de 15 de março de 1951 (trechos) in Rev. Industriários, nº 20, abril 1951; Idem - Mensagem ao Poder Legislativo, de 15 de março de 1952, in Rev. Industriários, nº 26, abril de 1952; Idem - Mensagem ao Poder Legislativo, de 15 de março de 1953, in Rev. Industriários, nº 38, abril 1954; CAFÉ FILHO, João - Mensagem ao Poder Legislativo, de 15 de março de 1955, in Rev. Industriários, nº 44, abril 1955; KUBITSCHEK DE OLIVEIRA, Juscelino - Mensagem ao Poder Legislativo, de 15 de março de 1956, in Rev. Industriários, nº 50, abril 1958; Idem - Mensagem ao Poder Legislativo, de 15 de março de 1957, in Rev. Industriários, nº 56, abril 1957; Idem - Mensagem ao Poder Legislativo, de 15 de março de 1958, in Rev. Industriários, nº 62, abril 1958.
A partir deste ano a revista pára de publicar as Mensagens presidenciais.

5b - Sobre este conceito, ver CARDOSO, Miriam Limoeiro - Ideologia do Desenvolvimento. Brasil: JK-JQ, Rio, Paz e Terra, 1977.

5c - VARGAS, Getúlio - Mensagem ao Poder Legislativo, 1952. Citado por DONNANGELO, op. cit.

5d - VARGAS, Getúlio - Mensagem ..., 1953, op. cit.

2342

5e - KUBITSCHEK DE OLIVEIRA, Juscelino - Discurso no Automóvel Clube do Brasil, em homenagem da Confederação Nacional dos Trabalhadores na Indústria, 25/10/1956, in Discursos-1956, Departamento de Imprensa Nacional, Rio, 1958.

6 - Além das Mensagens ao Congresso de Vargas, a coletânea de discursos de Juscelino acima citada, bem como outra análoga para o ano de 1957 (KUBITSCHEK DE OLIVEIRA, J. - Discursos - 1957, Departamento de Imprensa Nacional, Rio, 1958), são muito ilustrativas do que acabamos de afirmar.
As referências às áreas ditas "sociais" inexistem ou são poucíssimas, mesmo em discursos onde era de se esperar que fossem abordadas, como, por exemplo, os seguintes: "Rio de Janeiro, 17/2/56. Pela rede de radiodifusão da 'Voz do Brasil', o Presidente da República transmite suas primeiras manifestações de programa governamental" (parágrafos 47 a 76 do volume de 1956); "Rio de Janeiro, 1º de maio de 1956. Pela 'Voz do Brasil', aos trabalhadores, sobre salário e poder aquisitivo" (pag. 91-96, 1956); "Rio de Janeiro, 1º de maio de 1957. Nas comemorações do Dia do Trabalho, sobre a situação política e social" (95-105, 1957); "Rio de Janeiro, 19/8/57. Pela 'Voz do Brasil', balanceando ano e meio de seu governo" (157-169), 1957). De todos estes discursos, apenas em um, o de 1º de maio de 1957, Juscelino se refere "ao que vos (aos trabalhadores) toca particularmente", ou seja, realizações na área "social". Mesmo assim apenas com vagas promessas de "atenção" e "estudo", sem qualquer prazo ou metas quantificadas, sobre "habitações populares" e "instrução de vossos filhos". Contrastam grandemente com esse quadro as informações, precisas, detalhadas, quantificadas, sobre as realizações de natureza infra-estrutural (transportes, energia, siderurgia, indústria automobilística, etc.). E até a referência a temas aparentemente menos relevantes, como o Aterro da Glória e a Avenida Perimetral no Rio de Janeiro, ou o problema dos telefones no Rio e São Paulo (discurso de 19/8/57).
A questão da saúde só é abordada em situações muito especificamente ligadas ao tema, onde seria impossível deixar de tratá-lo. Por exemplo: "Fortaleza, 16/8/56. No encerramento do XIII Congresso Brasileiro de Higiene" (parágrafos 708-

-710, 1956); "Rio, 22/8/57. No ato de inauguração do novo Instituto Nacional do Câncer" (págs. 179-183, 1957); e "Belo Horizonte, 15/10/57. Na instalação do Congresso da Associação Médica de Minas Gerais" (221-224, 1957). Além de uma curtíssima referência em "Rio, 29/9/57. Na solenidade de instalação do 'ETEBANORTE': Escritório Técnico das bancadas do Norte e Nordeste'. Mesmo assim, as referências ao tema nestas situações têm o mesmo caráter evasivo e superficial antes mencionado. Além de aproveitar para falar, também aqui, na dependência que a questão da saúde guarda, em última análise, com o "enriquecimento do país", pelo que não se pode esperar sua solução por ações específicas, sem o "desenvolvimento" (discurso de 16/8/56). É curiosa e ilustrativa a forma que encontra para dizer (discurso de 15/10/57) que o seu projeto desenvolvimentista não exclui uma preocupação com a medicina (apesar de, outra vez, não fornecer nenhum dado de realizações ou metas comprobatórias destas pretensas intenções): "Ao lado do engenheiro vem o médico".

6a - Ver, por exemplo: POTESTÁ, op. cit.; e a primeira parte do mesmo artigo in Rev. Industriários, nº 76, agosto 1960. E ainda: CORSI, Angelo - Necessidade, Reforma e Evolução da Previdência Social, in Rev. Industriários, nº 55, fevereiro 1957; MADEIRA, João Lyra - Comentário Sobre o Seguro Social, in Rev. Industriários, nº 58, agosto 1957; etc.

A partir da II Guerra Mundial, registra-se no plano internacional, como vimos, uma notável evolução das teorias e práticas da previdência social.

A elaboração do famoso "Plano Beveridge", na Inglaterra, representa um marco de importância fundamental para a Previdência. Desde então, a antiga organização baseada no "seguro social" é deslocada progressivamente por outra, calcada na concepção de "seguridade social". Se bem que ambas reconheçam explicitamente a necessidade de garantir os membros da sociedade contra riscos que eventualmente os atinjam, possuem, tanto no plano ideológico, como no político-jurídico, bases e objetivos distintos.

O contínuo avanço internacional da "seguridade", ensejado não apenas por necessidades objetivas criadas a partir do final da guerra – necessidades estas que se concretizam em grande número de países capitalistas desenvolvidos como garantias de níveis mínimos de bem-estar – mas também pela derrota das potências do eixo no plano militar e, conseqüentemente, o desprestígio que sofre a organização corporativa da sociedade, transformam a "seguridade social em um objetivo, um modelo ideal de Previdência, no mundo capitalista.

O reflexo deste processo no Brasil é de extrema importância para a compreensão da medicina previdenciária. Será através de medidas como a instalação de ambulatórios e hospitais, de sistemas de financiamento habitacional e da criação de restaurantes populares que tomará forma concreta a tensão entre seguro e seguridade social no Brasil. As crises que se abrem no sistema previdenciário representarão, sem dúvida, manifestação de um processo de transição longo, que ainda hoje se processa, entre um sistema de seguro social e um outro, a se concretizar, de seguridade social.

O seguro social deriva diretamente das formas associativas – caixas de auxílio e pensões – que, no início do século, proliferavam na Europa. Alguns autores, como Moacir Alves Cardoso (1), chegam mesmo a encontrar as raízes do mutualismo – sociedades de-

dicadas ao socorro recíproco entre seus membros – na antiga Roma. Porém, parece-nos mais indicado tomar como ponto de partida a chamada Revolução Industrial, quando se dá não apenas uma separação radical entre o trabalhador e os meios de produção, mas também, mediante a introdução da maquinaria moderna, a habilidade especializada do artesão, nos seus movimentos concretos de trabalho, é transferida para a maquinaria. Esta situação, provocando a introdução no mercado de trabalhadores não-qualificados, tem como conseqüência imediata a subordinação total do trabalho ao capital (2).

A reação imediata da força de trabalho é organizar-se em sociedades solidárias, tanto para fazer frente ao patronato, como para proteger-se mutuamente. "E, assim, ao lado de uma mutualidade livre, aparece também uma previdência de tipo sindical. E estas mutualidades proliferam por toda a Europa, com caráter voluntário." (3)

Desta forma, há uma estreita vinculação entre a sociedade de socorro mútuo e o nascente sindicalismo europeu. Posteriormente, tais sociedades evoluem para organizações de filiação obrigatória, gerenciadas pelo Estado, distribuídas entre diversas categorias profissionais. Tal evolução registrou-se na Alemanha, na Itália e em outros países europeus, e as grandes organizações previdenciárias que daí surgem, exatamente pelo caráter de obrigatoriedade que adquirem, afastam-se progressivamente da vinculação inicial ao movimento sindical, formando organizações híbridas, tão sujeitas ao controle estatal como vinculadas a determinadas categorias profissionais.

Beveridge, com o seu famoso plano, rompe com esta evolução "natural" da Previdência: coloca-a como uma função do Estado, voltada para o conjunto da população.

O seguro, portanto, vem a ser um elemento de continuidade, nas sociedades modernas, do antigo mutualismo. A seguridade, ao contrário, representa um rompimento brusco com as formas anteriores e "naturais" de previdência.

Definindo-se mais claramente as noções de seguro e seguridade, ficarão patentes não apenas as diferenças entre ambas, como também os antagonismos, a nível ideológico e de existência concreta que entre ambas se estabeleceram. Seguro social pode ser definido como:

> "... um sistema pelo qual a força de trabalho daqueles para os quais constitui a única fonte de renda é segurada contra os riscos que a ameaçam." (4)

Já

> "A seguridade social é o conjunto das medidas tomadas pela sociedade e, em primeiro lugar pelo Estado, para garantir a todos os cuidados médicos necessários, bem como assegurar os meios de subsistência no caso de redução ou perda ponderável dos meios de vida, devido a circunstâncias independentes de sua vontade." (5)

O objetivo do seguro é, portanto, a garantia da subsistência da força de trabalho, e, para a seguridade,

> "o homem deve ser protegido não porque seja um trabalhador, um criador de riquezas, mas pelo simples fato de ser um cidadão, de conviver em sociedade." (6)

Desta forma, o seguro parte do trabalhador e a seguridade do cidadão. O seguro admite sua realização mediante sociedades civis, a seguridade só se realiza pela intervenção do Estado. Finalmente, o seguro pretende preservar a continuidade dos rendimentos dos trabalhadores, a seguridade pretende garantir um "mínimo vital" a cada cidadão.

As diferenças que se manifestam no plano dos fundamentos das duas concepções de previdência refletem-se – e isto é de extrema importância para nosso estudo – no regime financeiro que rege as instituições previdenciárias. A seguridade, ao colocar-se ao nível de direito da cidadania, obterá os meios necessários à sua realização das mesmas fontes das quais se nutre o Estado. É este, em última instância, o responsável pela sua sustentação e, indiretamente, o conjunto da população, mediante a arrecadação de impostos.

> "Os seguros sociais conservam a técnica do seguro e quaisquer que sejam as modificações que no decorrer dos anos possam sobrevir, encontraremos em sua origem o princípio de uma concessão de prestações condicionais que são a contrapartida de contribuições de quotas pagas pelos segurados." (7)

Fica elucidada, portanto, a raiz de uma questão fundamental da Previdência brasileira: o que se manifesta mediante crises financeiras, dificuldades em fazer frente às despesas geradas pela ampliação sucessiva dos direitos dos segurados, é, no fundo, a contradição que, a partir de 1945, se instala no sistema previdenciário, qual seja, a tensão entre o desenvolvimento na direção de um

sistema de seguridade e a manutenção de uma estrutura própria do regime de seguro social. Esta tensão é permanentemente anotada em abundante literatura especializada (Industriários, Revista Brasileira de Administração Pública, Revista Brasileira de Atuária, entre outras) na qual é enfatizada a impossibilidade do seguro promover medidas distributivistas em função – este é o agrumento básico – do desequilíbrio a ser provocado no regime financeiro da Previdência.

Repartição ou capitalização será o dilema permanente em que se debaterão os especialistas em atuária. O primeiro sistema – que pode ser considerado o invólucro formal da seguridade – calca-se na pura e simples distribuição e utilização integral dos recursos da Previdência. O segundo – que é próprio do seguro social – retém parcelas consideráveis destes recursos, desviando-os em aplicações que produzam rendimentos para, a longo prazo (e este é o objetivo central) propiciar uma "auto-suficiência financeira" da previdência ou, mais realisticamente, não onerar demasiadamente outras fontes de recursos.

O sub-período que agora estudamos, tem seu início com a promulgação da Lei Orgânica da Previdência Social (1960) e encerra-se com o movimento militar de 1964 e a reforma político-administrativa que este impõe pouco depois à Previdência: a fusão dos IAPs e criação do INPS (1967). Nele, a tensão que assinalamos acima torna-se o principal problema da Previdência Social. Na LOPS, ampliam-se direitos dentro da estrutura formal do seguro, o que agudiza a crise que anteriormente se desenvolvia, e, na fusão e criação do INPS, substitui-se o regime de capitalização pelo de repartição. A LOPS, a crise que a ela se segue e a solução encontrada em 1966 situam-se em um período histórico agitado e, ainda hoje, nebuloso, mas, desconsiderar as mudanças de poder que se realizaram no período seria, no mínimo, ingênuo. Assim é que a criação do INPS e instauração do regime de repartição insere-se já em um período de contenção do movimento trabalhista e isso, ao nosso ver, determina a emasculação dos fundamentos em que se apóia a seguridade.

É singular, portanto, o movimento que notamos na Previdência brasileira: de 1945 a 1964, as conquistas reais dos trabalhadores ultrapassam – notadamente a partir de 1960 – a estrutura

previdenciária formal; de 1964 em diante é esta estrutura que sofre modificações, em um quadro de contenção do movimento trabalhista, o que permite à Previdência sofrer desvios sensíveis em sua atividade-fim. As mudanças formais, vistas deste ângulo, são representativas, por um lado, do potencial que representam as reivindicações dos trabalhadores por melhorias na Previdência e, por outro, do caráter do Estado que irá executar as reformas na estrutura previdenciária.

A Lei Orgânica da Previdência Social representa um marco de enorme significado na evolução da Previdência Social brasileira. A Lei regulamentou a uniformização dos direitos dos segurados dos diferentes Institutos, mantendo sua execução ainda a cargo destes. Entretanto, a manutenção das estruturas anteriores - seja pela segmentação dada pela pluralidade de instituições, seja pelo sistema decisório, seja pelo regime financeiro - marca a dubiedade da LOPS: por um lado mantêm e amplia direitos e, por outro, não toca na estrutura formal da Previdência, que já se mostra incapaz de atender às necessidades dos segurados, notadamente em Institutos que, como o IAPI, congregavam grandes massas de baixas rendas (a contribuição para a Previdência era, e ainda é, indexada ao salário).

O Projeto de Lei que originou a LOPS teve tramitação longa e acidentada no Legislativo. No período de 13 anos (1947-1960) em que passou por esta Casa, o projeto original foi modificado diversas vezes. Sua aprovação, em 1960, representa uma vitória imediata dos segurados, desde que garantia "... os reajustamentos e majorações sem o suporte de novas fontes de receitas." (8). A mesma Lei "... ampliava as vantagens e facilidades concedidas aos beneficiários do sistema" (9). Mas, por outro lado, como afirma o mesmo documento, estas vantagens foram obtidas "... em oposição frontal a normas e preceitos técnicos."

Na época da tramitação do projeto, travou-se intensa polêmica nos meios previdenciários a seu respeito. De um lado, "técnicos" sustentando sua inexeqüibilidade, de outro, representantes dos segurados na estrutura da Previdência, exigindo a garantia formal de determinados direitos. O V Congresso de Delegados-Eleitores do IAPI, reunido no Rio de 16 a 19 de junho de 1959, "... por aclamação dirige veemente apelo aos Legisladores para que elaborem e

votem rapidamente o projeto da LOPES". Neste mesmo Congresso, Antônio Jucá, Presidente do IAPI, declara que "... nova Lei Orgânica da Previdência Social, parece consubstanciar (...) e traduzir as necessidades e aspirações do operário brasileiro." (10). Na I Reunião das Instituições Brasileiras de Previdência Social, realizada no Rio de Janeiro a 31 de maio de 1959, é solicitado "... aos eminentes membros do Congresso Nacional urgência na ultimação da Lei Orgânica." (11) Mas, opondo-se ao Projeto, ou melhor, à ampliação dos benefícios nele contida, manifestou-se, por exemplo, Fernando Nóbrega, então Ministro do Trabalho, em exposição feita diretamente ao Congresso. Argumenta, então, com a impossibilidade financeira da elevação dos benefícios, tais como auxílio-natalidade e aposentadoria (12). Na mesma linha de raciocínio, Oswaldo Iório, atuário do IAPI, em artigo longo, publicado nos números 69 e 71 da revista Industriários, baseando-se exclusivamente nos princípios atuariais do seguro social, afirma a impossibilidade da manutenção simultânea de fundos de capitalização e aumentos e ampliação de benefícios.

No projeto então em tramitação estavam previstas melhorias consideráveis nas prestações da previdência: ficava abolido o período de carência para os acometidos de "tuberculose ativa, lepra, alienação mental, neoplasia maligna, cegueira, paralisia, cardiopatia grave"; estabelecia que o valor das pensões por morte equivaleriam a 50% do valor que o segurado receberia, mais 10% por dependente, até completar 100% (no máximo cinco dependentes); o tempo de cálculo do salário médio para efeito de aposentadorias reduzia-se de 36 para 12 meses; ficava assegurado o direito a 80% do salário mínimo para a aposentadoria (por tempo de serviço, ou ambos) e para cada ano de serviço acima dos 30 exigidos conceder-se-ia um adicional de 4% do salário mínimo, podendo, então, haver aposentadorias integrais aos 55 anos de idade e 34 de serviço (este dispositivo foi modificado pela Comissão de Legislação do Senado, de tal forma que os 4% adicionais só se contariam acima dos 55 anos de idade); estabelece "a prestação de assistência financeira ao segurado e aos seus dependentes para a construção ou aquisição de imóvel destinado à sua moradia" (13). Não há dúvida de que o conjunto de mudanças propiciadas pela LOPS representa uma melhoria real nas prestações da previdência aos seus segurados.

A argumentação "técnica", entretanto, vê nestes benefícios ampliados imenso perigo para a estrutura previdenciária: "não seria agora, no princípio de um período de depressão ... o momento oportuno para atirar sobre estes organismos já debilitados (os IAPs) a tremenda responsabilidade de arcar com os pesados encargos introduzidos no Projeto da Lei Orgânica da Previdência Social." (14) Outro aspecto intensamente criticado no Projeto é o que se refere às fontes de custeio: ao manter a estrutura tripartite (União, empregados e empregadores) - que foi alterada pela Constituição de 1946, para retirar a obrigatoriedade da quota da União - e ao não abrir novas fontes que complementassem a receita dos IAPs, o Projeto prejudicava a formação de fundos e reservas necessárias ao financiamento do seguro social (15).

Assim, à ampliação das prestações e elevação do valor dos benefícios não correspondia a uma elevação nas receitas previdenciárias. Na verdade, o que caracteriza a LOPS é a conciliação entre a estrutura previdenciária formal e a ampliação dos direitos e vantagens dos segurados, o que, por certo, impulsiona a Previdência em direção a uma profunda crise que possibilitará sua desarticulação posterior.

Quando da criação dos diferentes IAPs, os benefícios concedidos aos segurados eram, manifestamente, desiguais. O IAPM, criado em 1933, concedia:

a) aposentadoria por invalidez;

b) pensão, no caso de morte do segurado, aos seus herdeiros ou beneficiários;

c) assistência médica e hospitalar até 30 dias de internação;

d) socorros farmacêuticos, mediante indenização a preço de custo (16).

O IAPC, criado em 1936, mas só regulamentado definitivamente em 1953, concedia, nesta última data:

a) auxílio-doença;

b) seguro-invalidez;

c) seguro-velhice;

d) seguro por morte;

e) auxílio-natalidade;

f) auxílio-funeral;

g) pecúlio;

h) serviços-médicos (18).

O IAPB, criado em 1934, concedia:

a) assistência pecuniária e médica;

b) aposentadoria por invalidez ou ordinária;

c) pensão por morte;

d) socorros farmacêuticos;

e) empréstimos com desconto em folha;

f) fiança ao aluguel (19).

Em 1943, o IAPB passa a custear até um ano de internação de seu associado, para tratamento de tuberculose (20).

O IAPI, criado em 1936, mas regulamentado em 1937, concedia, nesta data:

a) aposentadoria por invalidez;

b) auxílio-doença;

c) pensão por morte (21).

Em 1946, os direitos dos segurados deste Instituto são ampliados, de forma que é acrescentado o auxílio-funeral (22). E, finalmente, em 1952, acrescentam-se a aposentadoria por velhice (até então não concedida) e o auxílio-maternidade (23).

O IAPTEC, criado em 1938, concedia:

a) aposentadoria por velhice ou invalidez;

b) pensão por morte;

c) auxílio-funeral.

A estes benefícios somam-se, em 1946:

a) seguro-doença;

b) seguro-invalidez;

c) seguro-velhice;

d) seguro por morte;

e) assistência médica, mediante prestação complementar do segurado (24).

Uma série de benefícios e direitos foram, portanto, introduzidos na Previdência Social ao longo do tempo. Comparando-se os diferentes IAPS entre si e com a situação após a LOPS, temos o quadro seguinte:

| direitos/benefícios/serviços | IAPM | IAPC | IAPB | IAPI | IAPTC | LOPS |
|---|---|---|---|---|---|---|
| auxílio-doença | | | | 1937 | | 1960 |
| aposentadoria por invalidez | 1933 | 1953 | 1934 | 1937 | 1938 | 1960 |
| aposentadoria por velhice | 1933 | | 1934 | 1952 | 1938 | 1960 |
| aposentadoria ordinária | 1958 | 1958 | 1958 | 1958 | 1958 | 1960 |
| aposentadoria especial | | | | | | 1960 |
| aposentadoria por tempo de serviço | | | | | | 1960 |
| auxílio-natalidade | 1940 | 1953 | | 1952 | | 1960 |
| assistência financeira | | | 1934 | | | 1960 |
| salário-família | | | | | | 1960 |
| abono de permanência em serviço | | | | | | 1960 |
| auxílio para tratamento fora de domicílio | | | | | | 1960 |
| pensão por morte | 1933 | | 1934 | 1937 | | 1960 |
| auxílio-reclusão | | | | | | 1960 |
| auxílio funeral | 1940 | 1953 | | 1946 | 1938 | 1960 |
| assistência médica | 1933 | 1953 | 1934 | 1950 | 1946 | 1960 |
| assistência alimentar | | | | | | 1960 |
| assistência habitacional | | | | | | 1960 |
| assistência complementar | | | | | | 1960 |
| assistência educativa e readaptação profissional | | | | | | 1960 |
| pecúlio | 1940 | 1953 | 1934 | | | 1960 |
| seguro-doença | 1940 | | | | 1946 | |
| seguro-velhice | 1940 | 1953 | | | 1946 | |
| seguro-morte | 1940 | 1953 | | | 1946 | |
| seguro-invalidez | 1940 | 1953 | | | 1946 | |
| assistência farmacêutica | 1933 | | 1934 | | | |
| fiança | | | 1934 | | | |

*Fonte: Victor Valcriva, Legislação Brasileira de Previdência Social, op. cit. (os dados para os diferentes IAPs estão atualizados apenas até o ano de 1954).*

O notável aqui é a ampliação de benefícios e direitos que a LOPS proporciona a todos os Institutos. Entretanto, a mesma lei ao ampliar as prestações de serviços, benefícios e direitos dos segurados dos IAPs, não toca no regime financeiro pelo qual estes devem se reger. E "... para o funcionamento normal do regime fundado no princípio da capitalização, é da maior importância que o

cúmulo de capitais e as respectivas rendas se mantenham em estreita consonância com o volume de recursos exigidos pelos encargos assumidos." (25).

Porém as dificuldades financeiras dos IAPs não nascem com a LOPS. Esta tão somente acelera o desenvolvimento de uma crise crônica que praticamente nasce com a estrutura baseada no seguro social. Por um lado, temos o problema das fontes de custeio da Previdência. Por outro, a rentabilidade de seus investimentos e, permeando toda sua história, as pressões políticas dos segurados, dos empregadores, a utilização permanente da estrutura previdenciária como instrumento de poder e a dubiedade que, em certos momentos, caracteriza a ação do Estado na tentativa de conciliar estas forças em choque permanente. Será em um momento de profunda crise na capacidade do Estado em controlar o jogo interno e externo à Previdência que nascerá a LOPS.

Aquilo que ela representa, isto é, a extensão das conquistas de algumas categorias ao conjunto dos previdenciários, será, no período anterior (1945/1960) objeto de intensa atividade legislativa, de caráter contraditório: em 1937, existiam 180 CAPs (Caixas de Auxílio e Pensão); em 1941 é criado o "Plano Único de Benefícios", que não sai dos gabinetes; em 1945, o Decreto-lei nº 7.525 cria o ISSB (Instituto de Serviços Sociais do Brasil) que unificava todas as instituições previdenciárias e é revogado em seguida; em 1946, reúne-se o IAPTC ao IAPE; em 1947, é apresentado no Congresso, pela primeira vez, o Projeto da LOPS; em 1953, o Decreto 34546 funde todas as Caixas de ferroviários em uma só, e sua entrada em vigor foi protelada três vezes; em 1954, o Decreto 35.448 expede o "Regulamento Geral das Caixas de Aposentadorias e Pensões" e é revogado quatro meses depois; em 1951, a Lei 1.582 cria a "Comunidade de Serviços Médicos da Previdência Social", só regulamentada em abril de 1955, pelo Decreto 37.271, que expede o regulamento do SAMPS (Serviços de Assistência Médica da Previdência Social), em 12/55 suspende-se a execução do Decreto 37.271, que é revogado por Portaria (26). Este contínuo vai-e-vem legislativo reflete as dificuldades em formular e tornar realidade um projeto integral para a Previdência. A LOPS, neste sentido, é um marco na superação deste impasse, embora, como vimos, ainda mantenha um largo lastro de dubiedade.

Os problemas financeiros representavam, no quadro dos IAPs organizados nos moldes formais do Seguro Social, sua debilidade mais aparente. O princípio básico que rege o seguro está calcado em um mecanismo matemático segundo o qual, na medida em que amadurece o sistema previdenciário, o rendimento oferecido pelos investimentos anteriores é capaz de arcar com as despesas decorrentes do aumento do número dos segurados que alcançam o direito à aposentadoria, ao seguro-velhice, pensão por morte, etc. Assim, o sistema do seguro assemelha-se a um investimento coletivo gerenciado pelo Estado, no qual a estabilidade econômica, garantindo os investimentos, e a limitação de benefícios e direitos aos segurados são elementos indispensáveis e indissociáveis de seu funcionamento. As projeções da renda gerada pelos investimentos, a previsão segura das despesas, tabelas em que os prazos são dados por décadas, representam a forma típica pela qual o seguro projeta-se no futuro. A constituição de Reservas Técnicas (projeções de despesas) e de Fundos de Garantia (que gerariam a renda necessária ao funcionamento do sistema) são, portanto, no quadro do seguro, peças fundamentais para o seu funcionamento.

A situação financeira do maior dos institutos, o IAPI, era, em 1959, extremamente delicada. Seu Ativo Realizado consistia tão somente em 20% do seu Ativo Total e, logicamhnte, o Ativo a Realizar representava 80% deste. "Embora em proporções bem inferiores às que se apresentam atualmente, este aspecto nitidamente contrário aos interesses da instituição jamais deixou de figurar em seus balanços. Já no primeiro ano de suas atividades, configurava-se o ativo total do IAPI destituído da quota de previdência de responsabilidade da União, ou seja, 33%, representados àquela época por menos de 50 milhões de cruzeiros. Em 1942, ascendia essa deficiência a 34,9%, passando a 38% em 1947, depois a 53,7% em 1952 até atingir, no exercício findo de 1959, 80%, nesta altura, bastante influenciado, também, pelo débito dos empregadores." (27) Em 1959, segundo o mesmo autor, a relação entre os valores a realizar, assim se distribuía:

Valores a Realizar

| | |
|---|---|
| Responsabilidade da União . . . . | 79,5% |
| Responsabilidade dos Empregadores | 18,7% |
| Devedores Diversos . . . . . | 1,8% |

2355

Esta situação, entretanto, não era peculiar ao IAPI, como podemos notar:

SITUAÇÃO DOS DÉBITOS PARA COM OS IAPs, EM 31/12/1959
(em milhões de Cr$ correntes)

| IAP | UNIÃO | EMPREGADORES | DIVERSOS | TOTAL |
|---|---|---|---|---|
| IAPM | 1.140 | 9.023 | 140 | 10.303 |
| IAPETC | 4.557 | 199 | 29 | 4.775 |
| IAPB | 3.353 | 26 | 49 | 3.428 |
| IAPFESP | 6.574 | 6.460 | 39 | 13.584 |
| IAPC | 17.354 | (*) | 230 | 17.584 |
| IAPI | 46.822 | 11.002 | 1.097 | 58.951 |
| TOTAL | 78.800 | 26.700 | 1.584 | 108.084 |

(*) *Não há dados.*
*Fonte: Oswaldo Iorio, "Investimentos do Seguro Social Brasileiro", Industriários, nº 82.*

Este quadro é, por si só, bastante eloquente para mostrar o quanto estava subvertido o sistema de custeio da previdência. No caso do IAPI, por exemplo, a dívida dos empregadores já ultrapassava o montante do Fundo de Garantia Realizado – 11.002 para aquela e 9.072 para este (28). No caso do IAPM, a dívida dos empregadores era oito vezes superior à da União e, no caso do IAPFESP, se equiparavam estes débitos. Utilizando dados fornecidos por Iorio (29), construímos o seguinte quadro:

TEMPO DE FUNCIONAMENTO DOS IAPs PASSÍVEL DE SER FINANCIADO EXCLUSIVAMENTE COM OS DÉBITOS DA UNIÃO E DOS EMPREGADORES
(em milhões de Cr$ correntes)

| IAPs | DESPESA ANUAL (A) | DÍVIDA DA UNIÃO (B) | $C = \frac{B}{A}$ | DÍVIDA DOS EMPREGADORES (D) | $E = \frac{D}{A}$ |
|---|---|---|---|---|---|
| IAPM | 2.854 | 1.140 | 0,4 | 9.023 | 3,2 |
| IAPETC | 6.269 | 4.557 | 0,7 | 189 | - |
| IAPB | 1.934 | 3.353 | 1,7 | 26 | - |
| IAPFESP | 7.132 | 6.574 | 0,9 | 6.460 | 0,9 |
| IAPC | 11.987 | 17.354 | 1,4 | - | - |
| IAPI | 23.788 | 46.822 | 2,0 | 11.002 | 0,5 |
| TOTAL | 53.960 | 78.800 | 1,5 | 26.700 | 0,5 |

Os índices C e E, se convertidos a períodos de tempo (meses, anos) nos darão uma idéia da importância do montante das dívidas para o funcionamento dos IAPs. A dívida da União permitiria ao IAPM funcionar 5 meses; ao IAPETC, oito, ao IAPB, dois anos; ao IAPFESP, onze meses; ao IAPC, quase ano e meio; ao IAPI, dois anos. No total, somente com a dívida da União, o sistema previdenciário funcionaria dezoito meses. Da mesma forma, a dívida dos empregadores, poderia sustentar por três anos e quatro meses o IAPM; quase onze meses o IAPFESP; seis meses o IAPI. No total, a dívida patronal sustentaria o sistema previdenciário por seis meses.

Esta situação, que estrangulava a previdência pelo lado de seu custeio, que passa a ser realizado quase que exclusivamente pelos segurados e, em escala menor, pelo patronato (o que, aliás, desmente a presunção de ter a previdência desempenhado um papel de distribuidora de rendas), não é compensado pelos investimentos que realiza:

RELAÇÃO ENTRE RENDAS E DESPESAS DOS IAPs
(em milhões de Cr$ correntes)

| IAPs | DESPESA TOTAL | RENDAS LÍQUIDAS, PATRIMONIAIS E IMOBILIÁRIAS | Nº DE DIAS CUSTEADOS PELAS RENDAS |
|---|---|---|---|
| IAPM | 2.854 | 36 | 5 |
| IAPETC | 6.268 | 84 | 5 |
| IAPB | 1.934 | 195 | 36 |
| IAPFESP | 7.132 | 104 | 5 |
| IAPC | 11.987 | 259 | 8 |
| IAPI | 23.788 | 241 | 4 |
| TOTAL | 53.960 | 919 | 63 |

*FONTE: Oswaldo Iorio, "Investimentos do Seguro Social Brasileiro", Industriários, nº 82.*

O quadro dispensa comentários.

Entretanto, estas dificuldades não se devem – como procuram demonstrar muitos técnicos em atuária – à incapacidade administrativa ou técnica na área da previdência. Advêm, isto sim, do próprio contexto político no qual os organismos previdenciários

trabalhavam. Trata-se, em suma das

> "... relações entre a classe operária e o Estado, da perspectiva de uma das mais importantes facetas da política pública, através da qual aquelas relações estruturam-se e reestruturam-se no decorrer deste século, vale dizer, aquelas medidas enfeixadas sob a denominação de Previdência Social." (30).

O seguro social, para seu perfeito funcionamento, exige não apenas fontes de custeio ou rendas geradas pelos investimentos feitos, mas, necessita também de ambiente político favorável. A manutenção dos benefícios previdenciários a níveis que permitam uma acumulação crescente de fundos é um de seus postulados fundamentais. Ora, tal situação terá possibilidade de ganhar concretude apenas quando a massa segurada esteja satisfeita com estes benefícios ou se veja impossibilitada de exercer pressões no sentido de sua ampliação.

No período que se abre a partir de 1945, uma das peças mais importantes no mecanismo do seguro deixa de funcionar: apesar das dificuldades de mobilização e organização dadas pela legislação trabalhista criada durante o Estado Novo, a ampliação dos direitos dos segurados é proporcionada por um ambiente político relativamente liberal, pela conquista gradual de representatividade e capacidade de mobilização dos sindicatos. Os segurados começam a apresentar-se perante o Estado como um corpo social ao qual é necessário considerar, negociar e, eventualmente, ceder.

O crescimento dos gastos com benefícios e serviços ao longo do período mostra a impossibilidade de manter, em ambiente político liberal, as prestações do seguro nos níveis tecnicamente recomendados para efeito da capitalização.

O LOPS como que coroa este processo, ao unificar os direitos dos segurados e, em muitos casos, ampliá-los. Mas a conciliação que a preside torna-lhe impossível superar os impasses em que se encontrava a Previdência. Discordamos aqui de Malloy (31) quando este afirma a origem "técnica" da Lei. Na verdade esta foi profundamente criticada pelos técnicos da previdência, exatamente por ampliar direitos, aumentar o valor das prestações, sem a criação de novas fontes de receita (32). Se há uma origem técnica para esta Lei, no entanto, através das diferentes emendas e acréscimos que, ao longo de 13 anos de tramitação, ela sofreu, o resulta-

do final apresenta-se já como a síntese de um complexo jogo de pressões, no qual participam segurados, empregadores, "técnicos" e o próprio Estado. Ademais, a LOPS, Lei nº 3.807 de 26 de agosto de 1960, insere-se também, em um quadro de disputa eleitoral: é aprovada dois meses antes do pleito presidencial de 1960, na qual é vitoriosa a oposição. Assim, no plano do Legislativo, sua aprovação, tanto pelo momento em que se realiza, como pela protelação posterior à sua vigência de fato, indica que se procurou também captar a simpatia popular mediante o atendimento de reivindicações antigas dos segurados – como a melhoria e ampliação dos serviços prestados pela Previdência e reajuste do valor dos benefícios – em uma conjuntura particularmente adversa à coligação governista.

Em seu artigo 22, a LOPS enumera as "... prestações asseguradas pela Previdência Social, que consistem em benefícios e serviços, a saber:

I - Quanto aos segurados:
- a) auxílio-doença;
- b) aposentadoria por invalidez;
- c) aposentadoria por velhice;
- d) aposentadoria especial;
- e) aposentadoria por tempo de serviço;
- f) auxílio-natalidade;
- g) pecúlio e
- h) assistência financeira.

II - Quanto aos dependentes:
- a) pensão;
- b) auxílio-reclusão;
- c) auxílio-funeral e
- d) pecúlio.

III - Quanto aos beneficiários em geral:
- a) assistência médica;
- b) assistência alimentar;
- c) assistência habitacional;
- d) assistência complementar e
- e) assistência educativa e de readaptação profissional." (33).

Tal elenco de benefícios coloca-se frontalmente em desacordo com as regras do seguro social.

O seguro social confronta-se com as medidas de caráter distributivista, exatamente por que se propõe apenas a manter o poder aquisitivo do assalariado em situações (excepcionais ou não) em que sua capacidade produtiva seja reduzida. Ora, assistência médica, alimentar, habitacional, complementar e reeducativa são medidas que, por independerem da contribuição do segurado, aproximam-se de práticas de complementação ou distribuição de rendas, chocando-se com os postulados do seguro social.

A sistemática financeira do seguro, o regime de capitalização, por seu turno, exige não apenas a cobertura de eventos previsíveis, mas a manutenção desta cobertura dentro de limites estreitos, fora dos quais inviabiliza-se a capitalização dos recursos. A introdução de diferentes tipos de auxílios, bem como a elevação do valor das aposentadorias, pensões e auxílios, choca-se com este sistema financeiro, na medida em que irá corroer, ao longo do tempo, as reservas aplicáveis da previdência.

Assim, a LOPS desborda os limites do seguro social. Jurídica e politicamente, este fica derrotado de forma definitiva com a sua introdução que, ademais, representa a ruptura com a herança estadonovista na Previdência Social. E tal ruptura, não por acaso, dá-se em um momento no qual o sindicalismo conseque condições, de fato, de romper com a tutela estatal sobre sua atividade.

Entretanto, as circunstâncias nas quais a LOPS é aprovada responsabilizam-na pela manutenção de um regime financeiro incompatível com a realização plena da Lei. O regime de capitalização exige a manutenção de "reservas técnicas", recursos aplicáveis, que garantam a prestação dos benefícios sem que se consuma o patrimônio da Previdência. Tais reservas crescem geometricamente em relação ao volume dispendido com as obrigações da Previdência em relação aos segurados. A elevação destas obrigações, ampliando-as, e o aumento do valor das aposentadorias e pensões determinados pela Lei 3.807 criam a necessidade de um volume de reservas altíssimo, chegando, em 1964, a equiparar-se ao PIB de 1960. (34). Tal situação insustentável se dá como reflexo da conciliação que presidiu à aprovação da LOPS: interessada tão somente na ampliação de sua margem de apoio popular, a maioria legislativa que sancionou a Lei (pessedista) teve o cuidado de inviabilizar sua execução, mantendo o regime financeiro anterior. A LOPS, assim, foi um grande abor-

to. Um diploma legal que assegurava direitos, mas não fornecia os instrumentos para a sua concretização real.

Os IAPs, a partir de 1960, debatem-se com uma deterioração progressiva de suas finanças. Não apenas colaboram para isto os motivos apontados acima, como também, desde muito, o regime de contribuição tripartite – União, empregados e empregadores – estava totalmente subvertido. As dívidas da União para com a previdência atingiam volume tal que a própria LOPS dedica todo um título (Título VIII - Da Dívida da União) à regulamentação da forma de pagamento e gestão das quantias pagas pela União e demais entidades devedoras, estaduais e municipais. Esta dívida seria paga sob a forma de apólices da dívida pública federal. Por seu turno, a dívida dos empregadores, não sujeita à correção, sobre a qual incidiam tão somente juros, tornou-se, com o passar do tempo, em maneira "informal" de obtenção de capital, na medida em que os juros eram, via-de-regra, inferiores à desvalorização da moeda.

Assim, por parte da receita, os recursos com que poderiam contar os IAPs minguavam aceleradamente, ao mesmo tempo em que cresciam suas despesas.

> "Do lado da despesa, as principais causas que afetaram as disponibilidades dos órgãos previdenciários podem ser atribuídas aos reajustamentos, majorações e abonos concedidos ao longo do tempo a aposentados e pensionistas sem a criação simultânea de novas fontes de receita; às vantagens outorgadas aos segurados e beneficiários em geral, comumente em desacordo com os princípios técnicos que regem o seguro; ao exagerado custo de manutenção do patrimonio imobiliário, etc, etc..." (35) (grifo nosso).

Porém, no regime de capitalização, o objetivo não pode ser nem mesmo apenas o de equilibrar receita e despesa. Este regime exige a aplicação sistemática de grandes volumes de recursos para, com a renda gerada, fazer face às despesas. Ora, derrotado politicamente o seguro social, as aplicações financeiras da Previdência começam a deslocar-se do terreno da acumulação empresarial para satisfazerem necessidades mais sentidas dos segurados. O problema habitacional coloca-se como um dos mais sentidos pela população trabalhadora do país. Em 1967, o deficit habitacional elevava-se a cerca de 519 mil habitações urbanas e 178,4 mil habitações rurais (36). Na medida em que a assistência habitacional já era direito assegurado em lei, a pressão dos segurados imprime uma

nova dinâmica aos investimentos da Previdência, que se deslocarão fundamentalmente para esta área, de tal forma que, em 1964, os imóveis representavam 55,4% do total de investimentos do seguro social (37).

A manutenção do regime de capitalização na LOPS representou uma medida de contenção à ampliação real das prestações da Previdência. Entretanto, alguns destes direitos, como a assistência habitacional, podiam ser exercitados dentro da moldura formal da capitalização. E será por esta brecha que a pressão dos segurados conseguirá impor uma política de investimentos em habitações populares, a preços baixos.

> "Enquanto outros povos procuram equacionar os problemas suscitados pela função do investimento, desenvolveu-se entre nós uma política unilateral voltada quase exclusivamente para a construção de conjuntos residenciais, sem a preocupação de aplicar pelo menos parte dos recursos disponíveis em operação mais rentável e de maior interesse para o desenvolvimento econômico nacional." (38).

O regime de capitalização, portanto, começa a ser substituído por outro, de fato, distinto deste, pois

> "... de acordo com as bases técnicas em que se assenta este regime, os financiamentos de conjuntos residenciais e outras iniciativas de cunho nitidamente social deveriam ficar adstritas às operações inversionistas de caráter econômico a fim de que, no conjunto das aplicações, resultasse uma taxa de rendimento compatível com a utilizada nos planos atuariais." (39)

Assim, tem-se um quadro em que o seguro, de direito e de fato, está derrotado. Por um lado, pela extensão das garantias, direitos e benefícios aos segurados, e por outro, pela utilização dos recursos em investimentos de cunho social, a Previdência, a partir de 1960, sofre uma profunda mutação, encaminhando-se para formas próximas ao regime de seguridade. Entretanto, pelo caráter incompleto das mudanças que a LOPS introduz, agrava-se mais a crise financeira nos órgãos previdenciários. Esta crise, comumente tomada como a essência das dificuldades dos IAPs no período, não é mais, como vimos, que a expressão formal da incapacidade do seguro de responder às necessidades que a LOPS, aliada à pressão dos segurados, lhe impõe.

Algumas tabelas que apresentamos a seguir, nos dão uma mostra da evolução financeira dos IAPs, em seu conjunto.

A - RELAÇÃO ENTRE INVESTIMENTOS E ATIVO

| | |
|---|---|
| 1955 . . . . . | 30% |
| 1956 . . . . . | 28% |
| 1957 . . . . . | 24% |
| 1958 . . . . . | 22% |
| 1964 . . . . . | 13% |

*FONTE: EPEA - Diagnóstico Preliminar da Previdência Social. op. cit.*

O que nos mostra esta relação é a progressiva diminuição dos investimentos em relação ao ativo da Previdência. Tal fato pode ser interpretado como reflexo do aumento progressivo de suas despesas, o que restringe os saldos utilizáveis em novos investimentos.

B - DESPESAS E BENEFÍCIOS PAGOS A SEGURADOS E DEPENDENTES NA PREVIDÊNCIA SOCIAL, 1954-1964
(em percentuais)

| ESPECIFICAÇÃO | 1959 | 1960 | 1961 | 1962 | 1963 | 1964 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Aposentadorias | 61.8 | 62,7 | 59,3 | 55,4 | 53,6 | 55,1 |
| Pensões | 18,2 | 18,8 | 17,2 | 17,0 | 16,2 | 16,9 |
| Pecúlios e Abonos | 0,2 | 0,1 | 0,1 | 0,2 | 0,2 | 0,2 |
| Auxílios Pecuniários | 19,8 | 18,3 | 23,2 | 27,4 | 29,9 | 27,3 |

*FONTE: EPEA - Diagnóstico Preliminar da Previdência Social, op. cit.*

Nota-se uma mudança na estrutura das despesas da Previdência. Por um lado, declinam (em termos relativos) as despesas típicas do seguro social, como aposentadorias e pensões, e, por outro, elevam-se os demais auxílios pecuniários. Entre estes, o abono por permanência em tempo de serviço é o que mais cresce no período, indicando-nos que, por volta de 1960, o sistema previdenciário, com uma existência que varia entre 27 (IAPM) e 22 anos (IAPI), atingia sua maturidade. Esta constatação parece indicar que parte das dificuldades financeiras refletem a saída da produção da força de trabalho que nela ingressara já sob o regime dos IAPs.

C - RENDAS E DESPESAS PATRIMONIAIS E IMOBILIÁRIAS DA PREVIDÊNCIA NO EXERCÍCIO DE 1964

| | | |
|---|---|---|
| - Rendas brutas: | | |
| patrimoniais | 4.117 | |
| imobiliárias | 6.234 | 10.351 |
| - Despesas | | |
| patrimoniais | 21 | |
| imobiliárias | 11.416 | 11.437 |
| - Rendas líquidas | | |
| patrimoniais | 4.096 | |
| imobiliárias | -4.182 | -1.086 |

*FONTE: EPEA - Diagnóstico Preliminar da Previdência Social, op. cit.*

Apesar dos dados referirem-se apenas a 1964, que foi um ano particularmente difícil no aspecto atuarial para os IAPs, indicam-nos a baixa rentabilidade dos investimentos imobiliários. A venda de habitações por preços não corrigidos segundo a inflação pode ser aponta como responsável por este problema. Na realidade, por intermédio das carteiras imobiliárias, realizava-se uma redistribuição real de rendas, na direção dos segurados. O que tem originado críticas ao sistema é a baixa rentabilidade apresentada. Entretanto, esta baixa rentabilidade deriva, exatamente, da impossibilidade dos IAPs aplicarem seus recursos em investimentos que não fossem de cunho social, devido à forte pressão a que estavam submetidos por parte dos segurados; dificuldades políticas de manutenção do regime de capitalização estrita, na verdade, e que pressionam fortemente todo o seu sistema financeiro.

Aliás, a questão da rentabilidade fica um pouco mais clara por intermédio da tabela seguinte:

D - EVOLUÇÃO DA POUPANÇA NA PREVIDÊNCIA SOCIAL*
(Cr$ 1.000.000 a preços de 1965-1967)

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1955 - | 83,0 | 1964 - | -63,6 |
| 1956 - | 128,0 | 1965 - | 112,6 |
| 1957 - | 47,0 | 1966 - | 457,6 |
| 1958 - | 206,5 | 1967 - | 157,5** |
| 1959 - | 93,4 | 1968 - | -133,7 |
| 1960 - | 212,3 | 1969 - | -25,1 |
| 1961 - | 249,4 | 1970 - | -253,2 |
| 1962 - | 57,9 | 1971 - | 188,8 |
| 1963 - | 169,8 | 1972 - | -103,2 |

*Poupança entendida como a diferença entre a receita e a despesa do setor previdenciário consolidado.*

***A partir deste ano apenas INPS e IPASE.*

*FONTE: Luís Reserde da Silva, Saúde e Previdência Social, uma análise econômica, pg. 154. op. cit.*

Aqui se nota a redução progressiva da "poupança" da Previdência, até que, a partir de 1967 (quando finalmente se troca o regime financeiro de capitalização pelo de repartição) ela passa a apresentar sistematicamente déficits financeiros. Neste ano a inviabilidade do regime de capitalização é aceita oficialmente.

Finalmente, ao longo de 14 anos, evolui dessa maneira o percentual despesa/receita da Previdência (40):

| | |
|---|---|
| 1950 - | 51,5 |
| 1964 - | 74,7 |

A fusão dos IAPs, em 1966, representa uma tentativa de solução, por medidas administrativas, da crise política que atravessa a Previdência. Esta crise, como vimos, tinha sua expressão superficial na forma de dificuldades financeiras encontradas por todos os Institutos em atender aos direitos consagrados na LOPS.

Uma das questões que mais provocava atritos na época era a melhoria dos serviços médicos. Na área do IAPI, principalmente, tal questão era objeto de acaloradas discussões (onde se alinhavam posições pró e contra a ampliação dos serviços de assistência mé-

dica) cujo pano de fundo permanente era a questão das disponibilidades financeiras confrontadas com as necessidades e pressões dos segurados.

A chamada "comunidade de serviços" (notadamente o SAMDU), criada após a LOPS, procurava exatamente superar as dificuldades de cada IAP em implantar serviços médicos, substituindo o sistema autorizado por outro, no qual o conjunto dos Institutos arcasse com as despesas de assistência médica à população trabalhadora em geral. Se tal tentativa de unificação dos serviços médicos não se revelou eficiente na solução do problema, deve-se, em grande parte, à relutância de determinados Institutos, como o IAPB, que, já dotados de um sistema de assistência médica eficiente, relutavam em compartilhá-lo com a massa numerosa e carente dos filiados de outros institutos como o IAPI.

Entretanto, uma melhor compreensão das determinações que levaram à fusão dos IAPS não pode prescindir da inserção dos movimentos internos à Previdência no quadro geral das relações entre Estado e classe trabalhadora. O ano de 1964 representa uma mudança qualitativa nestas relações, cuja profundidade apenas recentemente pôde ser avaliada. A ameaça central que, então, se procurava debelar era exatamente a do rompimento da capacidade de tutela do Ministério do Trabalho sobre os sindicatos, ainda à crescente politilização do movimento operário.

Assim, entre 1964 e 1970, foram feitas 483 intervenções do Ministério do Trabalho em sindicatos, 49 intervenções em federações e 4 em confederações (41).

> "Tanto a mobilização política através dos sindicatos, quanto as negociações e concessões que a acompanhavam, passaram a ser excluídas pelos governos a partir de 1964... Definem-se desta forma os sindicatos: em lugar de organismos reivindicatórios, instituições de prestação de assistência, a complementar a obra da Previdência Social." (42)

Tal política desorganizativa envolveu, além do aspecto exposto, cassações, prisões, punições e mesmo o exílio das lideranças sindicais mais expressivas.

Os IAPs, neste clima político de compressão ao movimento operário, também foram atingidos, quando, em 1964, se decretou a intervenção federal em todos os Institutos. Ora, o clima anterior de politização geral do movimento trabalhista atingia intensamente

a Previdência. Na medida mesma em que crescia a participação política dos segurados em geral, o sistema de representação tripartite deixava de constituir mera formalidade para transformar-se em elemento de pressão contra o conservadorismo na concessão de benefícios e direitos. Assim, a estrutura corporativa-desmobilizadora dos IAPs começa a ser pressionada por dentro – por meio dos representantes dos empregados – e por fora, mediante a perda da capacidade tutelar do Ministério do Trabalho.

A reação a estas tendências corporifica-se, de um lado, ao nível do movimento sindical e da sociedade em geral, pelo predomínio, após 1964, de tendências autoritárias e o fortalecimento do Executivo.

> "Desde 1964 tem existido um claro esforço para reorganizar o Estado e aumentar seu poder regulatório autônomo sobre a sociedade brasileira. Uma dimensão básica deste esforço tem sido a tentativa para desmobilizar as forças políticas estimuladas no período populista, para excluir a classe trabalhadora organizada como força política, e para diminuir seu papel como mecanismo articulador e de pressão da defesa dos interesses dos trabalhadores." (43).

É neste contexto que se verifica a fusão dos IAPs. No próprio Decreto 72 de 21/11/66 já existem mudanças marcantes no sistema de representação dos trabalhadores na Previdência. A partir deste Decreto o número dos representantes do governo torna-se majoritário em todos os órgãos colegiados da Previdência. (44). Mas, já 1968, um alto dirigente previdenciário se expressava da seguinforma:

> "A Previdência Social é uma organização estatal para cumprir uma função de Estado prescrita na Constituição e na Lei. ... Deve pois ser administrada pelo Governo, que é o povo politicamente organizado, e não por determinadas classes e contribuintes que se supõem donos dela. " (45).

Assim, em 1970 são extintos os órgãos colegiados da Previdência e o único que se mantém (o CRPS) tem funções meramente decorativa.

A fusão dos IAPs apresentou a possibilidade de se transformar as questões antes da alçada dos segurados e de suas representações em "questões afetas ao Estado". Aliás, ilustra bem a concepção de Previdência que desde 1964, tornou-se oficial, a seguinte citação:

2367

> "Ora, numa sociedade que se funda na livre iniciativa, a garantia de um mínimo de bem-estar individual constitui responsabilidade social, inerente às características desta sociedade e essencial à sua sobrevivência, não devendo ser matéria de reivindicações classistas, nem móvel de lutas sindicais." (46).

Voltaremos, adiante, à análise mais profunda destas afirmativas. Por ora, basta constatar a separação artificial entre o movimento sindical e a Previdência, o que nos parece essencial à melhor compreensão do período que se abre na história da Previdência Social brasileira a partir de 1966..

A fusão dos IAPs representou uma tentativa de solucionar, por via de mudanças administrativas, questões de caráter político. A pressão dos segurados por melhores condições de vida, pela ampliação de seus direitos, pela realização, via Previdência, de práticas distributivistas, respondeu-se com a unificação dos Institutos, a adoção do regime financeiro de repartição e a supressão da participação dos segurados nas decisões de política previdenciária. Mas o sistema que então se inaugura herda dos antigos IAPs problemas concretos para os quais - sob pena de encontrar dificuldades crescentes em afirmar-se perante a massa segurada - urgia encontrar soluções, inclusive como passo inicial para a concretização do novo sistema.

A primeira "herança" dos IAPs foi o seu comprometimento com os problemas habitacionais. Os investimentos feitos nesta área, com rentabilidade decrescente, constituíam pesado fardo nas finanças da Previdência. Por outro lado, representavam um impedimento concreto à implantação do regime financeiro de repartição.

A solução encontrada foi sua transferência para uma esfera própria, com a criação do BNH, e, posteriormente, através do FGTS, dotá-lo de recursos próprios. A questão das carteiras imobiliárias dos IAPs adquiria tal relevo que sua fusão só se tornou viável após, ou simultaneamente, a criação do FGTS.

A segunda "herança" constituía o sistema diferenciado dos serviços prestados pelos diferentes IAPs. No caso concreto da assistência médica, havia enorme disparidade entre, por exemplo, os serviços oferecidos pelo IAPB e pelo IAPI, o primeiro dotado de excelentes hospitais, como o da Lagoa, no Rio de Janeiro, e o segun-

do oferecendo serviços altamente insatisfatórios. Nem mesmo a tentativa, que data da década anterior, de instituir "comunidades de serviço" conseguiu contornar a enorme disparidade de serviços oferecidos pelos diferentes Institutos. A questão possuía delicados contornos políticos: por um lado havia a exigência permanente por parte dos segurados de melhorias dos serviços médicos, o que poderia ser obtido por meio da liberação do acesso aos hospitais da Previdência, indiscriminadamente; por outro, a resistência dos segurados dos Institutos de melhor padrão de assistência médica em vê-lo rebaixado, mediante o súbito afluxo de grandes massas provenientes de outros Institutos.

A solução encontrada foi, por um lado a unificação da assistência médica, com a unificação dos Institutos, mas, por outro lado, a manutenção da divisão da clientela, só que, agora por um outro critério que não o das categorias profissionais, deslocando a assistência aos trabalhadores mais qualificados para a esfera patronal, mediante a permissão e mesmo o incentivo (45) à assinatura de convênios entre a Previdência, os empregadores e empresas de medicina de grupo. Ao mesmo tempo, transformou-se a assinatura de contratos entre a Previdência e casas de saúde particulares na única maneira de ampliação da capacidade de atendimento, congelando-se a construção ou aquisição de hospitais próprios.

A terceira "herança" dos antigos IAPs representou a disparidade de métodos administrativos e recursos utilizados. Com a centralização que resultou da fusão tais problemas foram resolvidos.

Foi desta forma que a unificação respondeu às "heranças" mais problemáticas deixadas pelos antigos Institutos: retirando-as totalmente de sua esfera, ou com modificações meramente formais. O sistema de seguro social no Brasil apresentou-se com duas características marcantes que, aparentemente, são então superadas: o sistema de capitalização: o tratamento diferenciado aos segurados dos diferentes Institutos. As principais mudanças que, com a fusão e a criação do INPS, são introduzidas no sistema não representam no entanto, como vimos, uma ruptura profunda com este passado da Previdência: a capitalização mantém-se, via sistema financeiro da habitação; e o tratamento diferenciado continua a existir, no âmbito da assistência médica, através da criação do chamado convênio-em-

presa (v. capítulo seguinte). O caráter conservador da mudança re-vela-se também em outro aspecto: a modificação do regime financeiro, com a adoção da repartição, se, por um lado, permite a ampliação quantitativa da assistência médica, por outro, pela forma como este é administrado, subordinará progressivamente a Previdência aos interesses do empresariado que forma e fortalece por intermédio do "privilegiamento do produtor privado dos serviços de saúde." (v. adiante).

Liberada, por via de uma reforma administrativa, do ônus representado pelas carteiras hipotecárias dos IAPs, pôde a Previdência concentrar-se na ampliação dos serviços médicos. O regime que se instala em 1964 tentará, por este caminho, ampliar seu prestígio e responder às pressões - latentes e manifestas - da massa segurada. A assistência médica previdenciária representa, portanto, uma das formas pelas quais o novo ordenamento político vai buscar legitimação.

No entanto, colocado no plano concreto, dado pela nova conjuntura, das relações entre Estado e classes trabalhadoras e entre Estado e empresariado, o projeto inicial, sob a força das pressões sociais, tende a deformar-se.

Assim, o que a ampliação da assistência médica previdenciária pode representar em termos de distributivismo, (48) ao ser introduzido; no entanto em um quadro político em que ao movimento sindical foi retirada a capacidade de apresentar-se como fonte de pressões na defesa da massa segurada, resvala para uma prática médica com características peculiares. A assistência médica, privada dos impulsos que, vindos da massa segurada, a norteiem em direção às necessidades sociais, vai tornar-se permeável a interesses que, não sendo os dos segurados, estarão inextricavelmente vinculados à indústria de medicamentos e equipamentos médicos, e dos proprietários de casas de saúde.

A formulação oficial que citamos páginas acima, separando sindicatos e Previdência, pressões dos segurados e questões "técnicas, revela, neste processo, seu erro fundamental: a tentativa de construção de um sistema de seguridade social que afaste de sua direção os segurados. São estes que, mediante a imposição e defesa de seus interesses e direitos perante a Previdência, podem possi-

bilitar a esta resistir às pressões do empresariado, tendentes, sempre, a desviar a máquina previdenciária de seu papel como instrumento de uma política de bem-estar social. A fórmula em questão, apesar de pretender a imparciabilidade, no concreto revela-se parcial; a assistência médica da Previdencia amesquinha-se às dimensões de mera fonte de lucro.

A "seguridade" realizada não é, portanto, mais que uma sombra daquela para a qual tendia, no pós-45, a Previdência Social brasileira: aquela que realizaria, no plano material, o que o movimento sindical realiza no plano político, ou seja, a introdução das massas trabalhadoras na cidadania. Faces da mesma moeda, seguridade e sindicalismo forte são inseparáveis; e, apenas em uma ordem social em que o cidadão-trabalhador seja visto como centro do equilíbrio político é que existirão as condições de uma seguridade social realizada. Retirada uma destas condições - como no caso brasileiro - encontramos uma seguridade mutilada.

Estas são as determinações fundamentais das crises pelas quais, de forma crônica, ou aguda, passa a Previdência Social brasileira. O crescimento permanente da demanda de serviços, o desvio de recursos para a realização de lucros - muitas vezes ilícitos -, a adoção de um sistema de remuneração de serviços corruptor (49), a insuficiência permanente de recursos, são tão somente as formas de manifestarem-se as contradições entre a realidade que exige o sistema de seguridade e, portanto, a participação dos segurados nos destinos da Previdência, e um arcabouço político-administrativo incapaz de realizá-la.

NOTAS

(1) CARDOSO, Moacyr Alves. "A assistência médica na Previdência Social", Industriários, nº 67.

(2) MARX, Karl. O Capital, tomo I, cap. XIII. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 1968.

(3) CARDOSO, Moacyr Alves, op. cit.

(4) DUPEYROUX, J.J. "Algumas reflexões sobre o direito à seguridade social", Industriários, nº 79.

(5) CONVÊNIO nº 102 da OIT, 1952, apud ZALENCA, Antonio, Industriários, nº 72.

(6) ASSIS, Armando de Oliveira, "Em busca de uma concepção moderna de risco social", Industriários, nº 18.

(7) DUPEYROUX, J.J. op. cit.

(8) PLANO DECENAL de Desenvolvimento Econômico e Social, tomo VI, p. 83, Ministério do Planejamento e Coordenação Econômico, 1967.

(9) Idem, p. 83/84.

(10) Industriários, nº 69, seção "Noticiário Nacional".

(11) Idem.

(12) Industriários, nº 67, seção "Noticiário Nacional".

(13) V. IORIO, Oswaldo, "Problemas suscitados pelo Projeto-de-lei Orgânica da Previdência Social", Industriários, nºs. 69 e 71.

(14) Idem.

(15) Ibidem.

2372

(16) Decreto 22.872 de 29/7/1933.

(17) Decreto 32.667 de 1/5/1953.

(18) Decreto 54 de 12/9/1934.

(19) Decreto-lei 5.772 de 24/8/1943.

(20) Decreto 1.918 de 17/8/1937.

(21) Decreto-lei 8.769 de 21/1/1946.

(22) Decreto 31.547 de 6/10/1952.

(23) Decreto 22.367 de 27/12/1946.

(24) EPEA, "Diagnóstico Preliminar da Previdência Social", 1966, p. 50.

(25) Extraído de ASSIS, Armando de Oliveira, "A involução da Previdência Social no Brasil", Industriários, nº 70.

(26) IORIO, Oswaldo, "Síntese econômico-financeira do IAPI", Industriários, nº 70.

(27) Idem.

(28) IORIO, Oswaldo, "investimentos do seguro social brasileiro", Industriários, nº 82.

(29) MALLOY, James M., "Previdência Social e classe operária no Brasil", Estudos CEBRAP, nº 15.

(30) Idem.

(31) V. a este respeito o artigo de IORIO, Oswaldo in Industriários, nºs 69 e 71.

(32) Lei 3.807 de 26/8/1960, Lei Orgânica da Previdência Social.

(33) EPEA, "Diagnóstico Preliminar da Previdência Social", op. cit.

(34) Idem.

(35) Ministério do Planejamento e Coordenação Econômica, op. cit., item "Habitação".

(36) EPEA, "Diagnóstico Preliminar da Previdência Social", op. cit.

(37) Idem.

(38) Ibidem.

(39) Ibidem.

(40) Ibidem.

(41) Vários autores, "São Paulo, Crescimento e Pobreza", p. 131, ed. Loyola, 1976.

(42) Idem, p. 128.

(43) MALLOY, James M. "A Política de Previdência Social".

(44) Decreto 72 de 21/11/1966.

(45) OLIVEIRA, Francisco Luís Torres de. Quem deve dirigir a Previdência Social? In: Revista Previdência Social, nº 6.

(46) Plano Decenal de Desenvolvimento Econômico e Social, tomo VI, Ministério do Planejamento e Coordenação Econômica, 1967.

(47) Veja-se, a esse respeito, o depoimento do Presidente do INPS TORRES DE OLIVEIRA, F.L. - Depoimento. Livro Branco, Rev. Previdência Social, nº especial, INPS, 1968. V. também discussão no capítulo seguinte.

(48) RESENDE e MAHAR, "Saúde e Previdência Social, uma análise econômica", IPEA.

2374

(49) V. diferentes trabalhos de Carlos Gentile de Mello: "A Previdência Social e a medicina de mercado", "Previdência Social, contas hospitalares controladas por computação", entre outros.

2375

## 5) 1964-1977: DO "PRIVILEGIAMENTO DO PRODUTOR PRIVADO" AO "COMPLEXO PREVIDENCIÁRIO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA" (1)

O regime que se instaura após 1964 introduz cortes significativos no modelo político e econômico anteriormente vigente:

> "O golpe de 64 deslocou o setor nacional-burguês e o grupo estatista-desenvolvimentista da posição hegemônica que mantinham, em proveito do setor internacionalizado da burguesia, mais dinâmico e mais "moderno", porque parte integrante do sistema produtivo do capitalismo internacional. A política econômica e tanto quanto ela, a reforma da administração e do aparelho do Estado potenciaram as forças produtivas do "capitalismo contemporâneo". A economia integrou-se mais profundamente ao sistema capitalista internacional de produção, ou seja, a relação entre os centros hegemônicos e a economia dependente passou a dar-se dentro do contexto atual da economia capitalista mundial que não exclui a possibilidade do desenvolvimento industrial e financeiro nas economias periféricas. A acumulação urbano-industrial que vinha crescendo desde o período de Kubitschek, passou a preponderar o desenvolvimento do capitalismo no Brasil" (2).

Duas características destacam-se como fundamentais para definição do modelo assumido: o crescente papel do Estado como regulador da sociedade e o alijamento dos trabalhadores do jogo político, configurando-se uma política de arrocho salarial.

Esta forma de articulação do Estado com a sociedade civil tem sido objeto de constantes indagações tendo em vista tanto a crescente expansão do aparelho de Estado em setores anteriormente excluídos do seu âmbito, quanto pela concomitante institucionalização de estruturas corporativas de inserção dos interesses empresariais no aparelho estatal.

O conceito de corporativismo (3), compreendido como uma tendência do Estado capitalista moderno que expressa a necessidade de grupos organizados na sociedade civil transferirem para o aparato estatal um impasse que não podem resolver, tem sido utilizado na tentativa de elucidar as relações entre Estado e sociedade civil.

A consequência que sobressai desta tendência corporativa é a autonomização crescente da política como decorrência da necessidade de implementar os interesses de classe através do Estado.

Nas sociedades onde o modo de produção capitalista desenvolve-se tardiamente encontramos um corporativismo gestado na base de regimes autoritários, e que apresenta uma dupla característica: um lado estatizante - avanço do Estado para dentro da sociedade civil; e outro lado privatista - por onde elementos da sociedade civil penetram o Estado.

Esta situação vem a ocorrer quando a sociedade civil se mostra incapaz de se auto-regular dentro dos marcos institucionais, com hegemonia de um setor capaz de obter o consenso, a nível das classes dominantes e a dominação frente às camadas populares.

O Estado passa a ter então papel destacado ao garantir as condições de reprodução do capitalismo no nível de dominação autoritária e/ou de árbitro e regulador dos interesses das facções dominantes.

Evidentemente vai refletir, no seu interior, os impasses e conflitos decorrentes da implementação de um projeto não hegemônoc e ainda as fricções no seio da coalização dominante.

O esquema conceitual descrito torna-se útil na análise da situação política do pós-64 e nos permite situar o papel da Previdência Social como mediação das relações Estado/classes sociais.

O que caracteriza este período, na periodização da história da política de assistência médica previdenciária, é a crescente aproximação do modelo da seguridade social, com opção feita pelo regime de repartição, sendo que, no entanto, a extensão da cobertura e ampliação dos direitos assistenciais é feita através de uma política de compra de serviços ao setor privado.

A Previdência vai passar a organizar as diversas modalidades de prestação de serviços como sub-sistemas de um conjunto que caracterizamos como o Complexo Previdenciário. Analizaremos com atenção cada uma destas formas, suas regras de funcionamento, sua origem e funções, sendo que a existência de multiplas modalidades de prestação de serviços não descaracteriza o modelo desde que a hegemonia do setor privado é mantida inalterada.

2377

As características básicas do período, adoção da seguridade e privatização, aparecem inicialmente como contraditórias. No entanto, na realidade convivem durante um bom período (caracterizado como a primeira fase de implantação do modelo) sem choques aparentes, só vindo a se apresentar como uma situação crítica na segunda fase (pós-74).

Como veremos na análise destas duas fases, a situação da conjuntura mais geral pode ser vista em grande parte como responsável tanto pela estabilidade da primeira fase quanto pela crise da segunda.

Ao que parece, nesta primeira fase, foi possível usar a Previdência como mecanismo de atenuação dos conflitos sociais (ampliando direitos e incluindo novas categorias sociais como domésticas, autônomos e posteriormente os trabalhadores rurais) e, concomitantemente, propiciar a criação e fortalecimento de um setor privado capitalista na área de prestação de serviços de saúde (4).

Entretanto, a própria implementação deste modelo vai acarretar uma situação crítica que, somada à crise que atravessa a conjuntura, torna-se responsável pela inauguração de uma segunda fase que se caracteriza como um período de reformas.

Tais reformas, porém, tratam da regulação e normatização do Complexo Previdenciário, introduzindo mesmo alguns mecanismos de controle, sem no entanto alterar a substância do modelo vigente. Trata-se, por isto mesmo, de uma segunda fase onde são mantidas as características fundamentais definidoras do período como um todo.

NOTAS E BIBLIOGRAFIA

1 - A expressão "Privilegiamento do Produtor Privado" em relação à política de Assistência Médica Previdenciária no período é de DONNANGELO, op.cit..

2 - CARDOSO, F.H. - "O modelo político brasileiro", Cap. III de O modelo político brasileiro, Ed. Difel - 1977.

3 - Vide estudos de O'Donnel e Schimitter citado no estudo de Maria Lúcia Werneck Vianna, "Estado e sociedade no Brasil: considerações sobre corporativismo das classes dominantes".

4 - Neste sentido é bom lembrar que o "Plano Nacional de Saúde",que é o projeto de maior organicidade na representação dos interesses do setor privado, defende a extensão de cobertura da Previdência à toda a população, desde que o Estado garanta aos empresários o pagamento dos serviços prestados.

PRIMEIRA FASE - 1966 a 1973: DESENVOLVIMENTO E IMPLANTAÇÃO DO MODELO DE "PRIVILEGIAMENTO DO PRODUTOR PRIVADO"

Como já vimos até agora, até em 1964, a assistência médica previdenciária era fornecida basicamente pelos serviços próprios dos Institutos. As formas de compra dos serviços médicos a terceiros aparecem mesmo antes desta data (especialmente no IAPI) mas são minoritárias e pouco expressivas no quadro geral da prestação de assistência médica pelos IAPs.

O período que se inaugura em 1964, e se consolida em 1966 através da criação do INPS, vai acrescentar novas diretrizes à política da assistência médica, que, em nome de uma racionalidade necessária e viabilizadora da expansão de cobertura, dá prioridade à contratação de serviços de terceiros em detrimento dos serviços médicos próprios da Previdência Social.

Esta orientação toma como argumento básico a crise financeira dos IAPs e, por conseguinte, a necessidade de adoção de novas formas de regulação das instituições e de prestação de serviços. É importante ressaltar que, para além da problemática financeira, configura-se um novo quadro político que gesta as novas orientações. Neste sentido, resta salientar que as crises da Previdência Social sempre aparecem e são "resolvidas" como se fossem crises financeiras, encobrindo-se assim o seu conteúdo político.

O que vem a ocorrer com a Previdência Social, especialmente quanto à prestação de assistência médica, não pode ser tomado como um problema específico, mas como parte de um modelo mais geral de relacionamento entre Estado e sociedade civil.

O regime autoritário instaurado em 1964 criou formas de afastar os trabalhadores das instituições governamentais e de todo o processo político decisório, fechando os canais conhecidos de participação popular. Se, em um primeiro momento, o fechamento dos canais tradicionais de participação da sociedade civil vão atingir também a classe dominante, configurando-se um período de cesarismo (1), a estratégia assumida pelo Estado atende prontamente aos interesses destas classes. Resta às últimas a criação de canais informais de participação no processo decisório.

É apenas dentro desta dinâmica de relações entre Estado e classes sociais com as contradições e impasses inerentes à política adotada de exclusão dos setores populares, aumento da centralização e privilegiamento do produtor privado, que podemos compreender a evolução da política de assistência médica previdenciária neste período.

A opção pela compra de serviços médicos aos produtores privados, em detrimento dos serviços próprios previdenciários, não é um fato isolado, e encontra suas bases constitucionais nas Cartas promulgadas pelo Movimento de 1964:

> "A Constituição (de 1969) dá, no processo produtivo, prioridade à iniciativa privada em detrimento do setor público, nos termos do art. 170 "verbis", repetido da Constituição de 1967 (art. 163):
>
> Art. 170 - Às empresas privadas compete, preferencialmente, com o estímulo e apoio do Estado, organizar e explorar as atividades econômicas.
>
> Parágrafo Único - Apenas em caráter suplementar da iniciativa privada o Estado organizará e explorará diretamente a atividade econômica" (2).

Esta orientação geral é expressa também no Decreto-Lei sobre a Reforma Administrativa, de 1968 (Dec. Lei 200) que vai promover a sua implementação definindo para cada Ministério a política de um máximo possível de abandono das ações executivas, em benefício do setor privado, com restrição das atividades, na medida do possível, ao nível normativo.

O processo que vai ocorrer em todos os setores econômicos e também na Previdência Social é a subordinação crescente da atividade privada às instituições estatais, ao mesmo tempo em que o Estado passa ao papel de regulador destas atividades propiciando o crescimento e expansão da iniciativa privada.

Se, em 1960, "50% das atividades médicas se fazem no âmbito previdenciário" (3), afirma-se, em 1975, que "90% de todos os serviços médicos prestados no país encontram-se, direta ou indiretamente, dependentes do Instituto Nacional de Previdência Social" (4).

No entanto, esta submissão do setor privado à Previdência não vem prejudicar a expansão do primeiro. Pelo contrário,

vorece-a. O Instituto passa a ser o grande comprador de serviços ao setor privado, de tal forma que, em 1967, dos 2.800 hospitais existentes no país, 2.300 estavam contratados pelo INPS.

A aparente contradição entre o crescimento da intervenção estatal e a expansão do setor privado a ele articulado é assim analisada por DONNÂNGELO:

> "... é preciso definir melhor em que sentido a compra de serviços pela Previdência garante a preservação e expansão do setor privado, tanto mais que do ponto de vista do produtor ela aparece frequentemente como um processo de estatização da produção. É evidente que a condição de comprador e as limitações decorrentes do volume relativo de recursos disponíveis para a assistência médica impõem ao Estado o papel de regulador de preços" (4).

E conclui:

> "Em termos gerais, podem ser assim explicitadas as principais condições através das quais a modalidade de interferência estatal tem preservado o setor privado: ao sustentar, pela manipulação concentrada de recursos, uma procura ampliada quantitativa e qualitativamente; ao garantir a continuidade e expansão, sob controle privado, de uma rede de produção de serviços que incorpora progressivamente a tecnologia moderna; ao manter o produtor privado no controle direto dos processos de produção, conquanto limitado pela capacidade de custeio" (4).

Esta relação complexa entre Estado e produtor privado revela-se em todos os ramos da economia e, neste ponto, o que é importante ressaltar é que esta forma de organização do mercado, propiciada pelo INPS, deu condições para que a prática médica se tornasse uma atividade altamente lucrativa. Além, evidentemente, dos interesses econômicos da indústria farmacêutica e de equipamentos hospitalares, que inserem tal prática na órbita da reprodução do capital.

Analisando o papel do Estado neste período, nos marcos da discussão sobre "estatização", Luciano Martins recoloca esta questão de forma muito próxima à que vimos demonstrando no âmbito da Previdência Social:

2382

> "E tendo em vista tudo isso — a apropriação de recursos públicos para beneficiamento de uns tantos ou quantos interesses privados que depois requerem "saneamento", a gestão de tais recursos mais em termos empresariais do que propriamente sociais, a federalização do aparelho do Estado e as pseudo-soluções que mais exarcebam do que solucionam todas essas tendências — que sugerimos que a verdadeira questão a debater não é a da "estatização" da economia mas, ao contrário, a da "privatização" do Estado" (5).

Junto ao projeto que vai conquistar a hegemonia e que postula que o INPS seja o pólo centralizador do Complexo Previdenciário, articulando serviços estatais, privados e mistos, são formulados diversos projetos alternativos que ora deslocam a competência da prestação da assistência médica para o Ministério da Saúde, ora tentam fazer frente ao privilegiamento do produtor privado através do incentivo aos serviços próprios.

Assim, a Comissão Especial criada em 1964 para estudar e elaborar a reformulação do Sistema Previdenciário propõe o deslocamento da assistência médica para o Ministério da Saúde, reservando à Previdência Social a função de concessão de benefícios.

A luta interministerial pelo destino dos recursos previdenciários atravessa todo este período até a criação do Ministério da Previdência e Assistência Social, tendo tido sua maior expressão no Plano Nacional de Saúde elaborado na gestão do Ministro Leonel Miranda no Ministério da Saúde (67/69). Este Plano coloca a prestação de assistência médica sob a coordenação do Ministério da Saúde dentro de uma estratégia radical de privatização: extinção dos recursos médicos próprios e recuperação da medicina liberal. Sua aplicação a nível experimental demonstrou sua inviabilidade financeira tendo sido abandonado.

A oposição à privatização vai encontrar seu lugar de expressão dentro do próprio INPS, na gestão do Sr. Luiz Siqueira Seixas, na presidência, no período 70/74. Nesta época, o então Secretário da Assistência Médico-Social, Dr. Aroldo Moreira, elabora e aprova a Portaria nº 48, de 21/06/72, na qual são definidos os princípios que regem a prestação da assistência médica previdenciária, hierarquizando as diferentes modalidades de serviços comprados pela Previdência. Assim, a hierarquia aí estabelecida privilegia os

serviços próprios, rezando que só serão estabelecidos convênios com Estados e municípios quando exauridas as possibilidades de utilização de serviços próprios. Em última hipótese, exauridas todas as fontes mencionadas, poderão ser celebrados contratos e convênios com organizações particulares. Portanto, o que fica demonstrado é que a hegemonia do modelo de privilegiamento do produtor privado vai ser conseguida na luta que se trava entre diversos projetos alternativos e que representam interesses distintos.

A diretriz da política de assistência médica previdenciária, baseada no privilegiamento do produtor privado, vai ser operacionalizada através de três mecanismos básicos: 1) financiamento a hospitais privados; 2) credenciamento de hospitais para compra de serviços pelo INPS; 3) convênio com empresas, pelos quais o INPS lhes devolve parte da contribuição previdenciária a fim de que assumam os encargos de assistência médica de seus empregados. Passamos a analisar cada um deles separadamente.

1 - O financiamento a hospitais.

Trata-se aqui da utilização dos recursos do FAS - Fundo de Assistência Social, criado para executar a política do Conselho de Desenvolvimento Social (6). O FAS se compõe de duas contas distintas, uma de transferências e repasses diretos aos Ministérios e a outra de aplicações a cargo da Caixa Econômica Federal. A conta de repasses e transferências diretas para o setor público é alimentada pelas rendas líquidas das Loterias Federal e Esportiva, sendo que a conta de operações financeiras a Cargo da CEF é alimentada pelos seguintes recursos: parcela da renda bruta da Loteria Esportiva e da Loteria Federal; recursos mobilizados dos lucros operacionais da CEF; recursos orçamentários; convênios com outras instituições. Um terço destes recursos, composto de recursos da própria CEF, dotações orçamentárias e dotações lotéricas, são mobilizados a custo zero. Os demais recursos, contudo, tem um custo financeiro contratual que, em 1975, girava em torno dos 30% ao ano (incluindo a correção monetária).

Esta explicação sobre a dinâmica das contas dos FAS se faz necessária na medida em que nos interessa isolar as aplicações de recursos da CEF. Isto porque as transferências e repasses aos Ministérios, além de serem de menor monta, desde 1976 são destina-

dos exclusivamente à implementação do PRONAM É, portanto, a Ca
que vem fazendo os financiamentos que nos interessa analisar.
dro abaixo nos dá uma idéia da utilização dos recursos do FAS:

FAS. Propostas de financiamento aprovadas pela 7ª diretoria da
- até 30.06.77 em Cr$ milhões

| Área Social | Total | Setor Público | Setor Privado |
|---|---|---|---|
| Educação (71,8%) | 8.373,6 | 7.370.4 (88,0%) | 1.003.2(12,0%) |
| Saúde e Previdência (23,1%) | 2.690,0 | 552,3 (20,5%) | 2.137,7(79.5%) |
| Trabalho (0,3%) | 348,8 | 98,5 (28,2%) | 250,3(71,8% |
| Interior (2,1%) | 250,4 | 250,5(100,0%) | - |
| Total (100,0%) | 11.662,8 | 8.271,6 (70,9%) | 3.391,2(29,1% |

Fonte: CEF-FAS
Citado na pesquisa Economia e Saúde (PESES/05) no relatório intitulado: Levantamento sobre o FAS.

Os dados acima são suficientemente ilustrativos da privatização na área de Saúde e Previdência (ao contrário da Educação).

Os empréstimos a juros bastante baixos têm beneficiado primordialmente o setor privado, proporcionando grande impulso à remodelação e ampliação dos hospitais da rede privada e possibilitando também a realização das mercadorias produzidas na indústria de equipamentos hospitalares.

No caso destes financiamentos é importante observar a formação de canais de representação capazes de funcionar, como pressão no aparelho de Estado, como é o caso da Federação Brasileira de Hospitais, que vem atuando no sentido de garantir o favorecimento do setor privado".

> "Para cumprir a doutrina da privatização, integrando-se na esfera da iniciativa privada, a Federação Brasileira de Hospitais postula, junto ao Governo Federal, que o Fundo de Apoio Social (FAS) destine parcela substancial dos seus recursos para o financiamento da construção e ampliação de hospitais ...

> rede privada, as seguintes condições: carência mínima de 3 anos; prazo de amortização de 120 prestações; juros de no máximo 8% ao ano, e sem correção monetária" (6).

Apesar desta área de financiamento não se integrar da mesma forma que as outras ao Complexo Previdenciário (desde que este termo designa apenas os sistemas de prestação de serviços), tornou-se necessário mencioná-la como parte do modelo de privilegiamento do produtor privado. Uma análise mais detalhada, no entanto, foge ao alcance deste texto e pode ser encontrada nas fontes mencionadas.

## 2 - Credenciamento de hospitais para compra de serviços

A segunda forma de articulação da Previdência com o setor privado se faz através da compra de serviços médicos. Neste caso, os hospitais privados recebem credenciamento do INPS para atenderem pacientes segurados, recebendo pagamento pelos serviços prestados na base de unidades de serviço (ou seja, do tipo de serviço prestado que tem um preço tabelado pelo INPS).

Em princípio, alegava-se razões de natureza técnica, como a insuficiência da rede própria para atender à demanda crescente dos segurados, para lançar mão deste instrumento de credenciamento aos hospitais privados.

No entanto, para além das razões técnicas encontramos uma política claramente definida de privilegiamento do produtor privado de serviços, mesmo em detrimento dos serviços próprios do INPS – como aponta documento analítico do INPS:

> "(esta orientação) foi a responsável pela quase paralisação do crescimento dos serviços próprios da previdência social, que permanece atualmente quase igual ao que era em 1967, ao ser instalado o INPS, embora o número de beneficiários tenha aumentado em mais de doze milhões" (3).

Os quadros e tabelas seguintes nos dão uma visão comparativa entre o movimento nosocomial nos hospitais próprios e contratados em 1971. Neste ano, para um total de 30.193.789 pacientes-dia nas internações hospitalares da Previdência, 28.865.159 correspondeam a internações nos serviços contratados e apenas ..... 1.328.630 nos hospitais próprios do INPS.

TABELA 1

INPS
MOVIMENTO NOSOCOMIAL NOS HOSPITAIS PRÓPRIOS E CONTRATADOS
B R A S I L - 1971

| CLÍNICA | H O S P I T A I S | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | P R Ó P R I O S | | | | C O N T R A T A D O S | | | |
| | PACIENTES - DIA | SAÍDAS | PERMANÊNCIA MÉDIA (DIAS) = | LEITOS OCUPADOS | PACIENTES - DIA | SAÍDAS | PERMANÊNCIA MÉDIA (DIAS) = | LEITOS OCUPADOS |
| MÉDICA | 230.498 | 16.599 | 13,9 (5,3 a 20,7) | 631 | 9.134.162 | 1.122.445 | 8,1 (5,1 a 35,9) | 25.025 |
| OBSTRÉTRICA | 131.953 | 39.550 | 3,3 (2,7 a 4,4) | 361 | 2.941.625 | 881.158 | 3,3 (2,4 a 4,0) | 8.059 |
| CIRÚRGICA | 703.547 | 75.857 | 9,3 (7,3 a 14,6) | 1.927 | 4.215.185 | 629.928 | 6,7 (3,8 a 11,6) | 11.548 |
| PSIQUIÁTRICA | - | - | - | - | 9.703.488 | 140.585 | 68,9 | 26.585 |
| TISIOLÓGICA | 262.632 | 3.591 | 73,1 (52 a 80) | 719 | 2.870.699 | 23.149 | 124,0 (39 a 182) | 7.865 |
| T O T A L | 1.328.630 | 135.597 | - | 3.638 | 28.865.159 | 2.797.265 | - | 79.082 |

= Entre parenteses os mínimos e máximos estaduais observados.

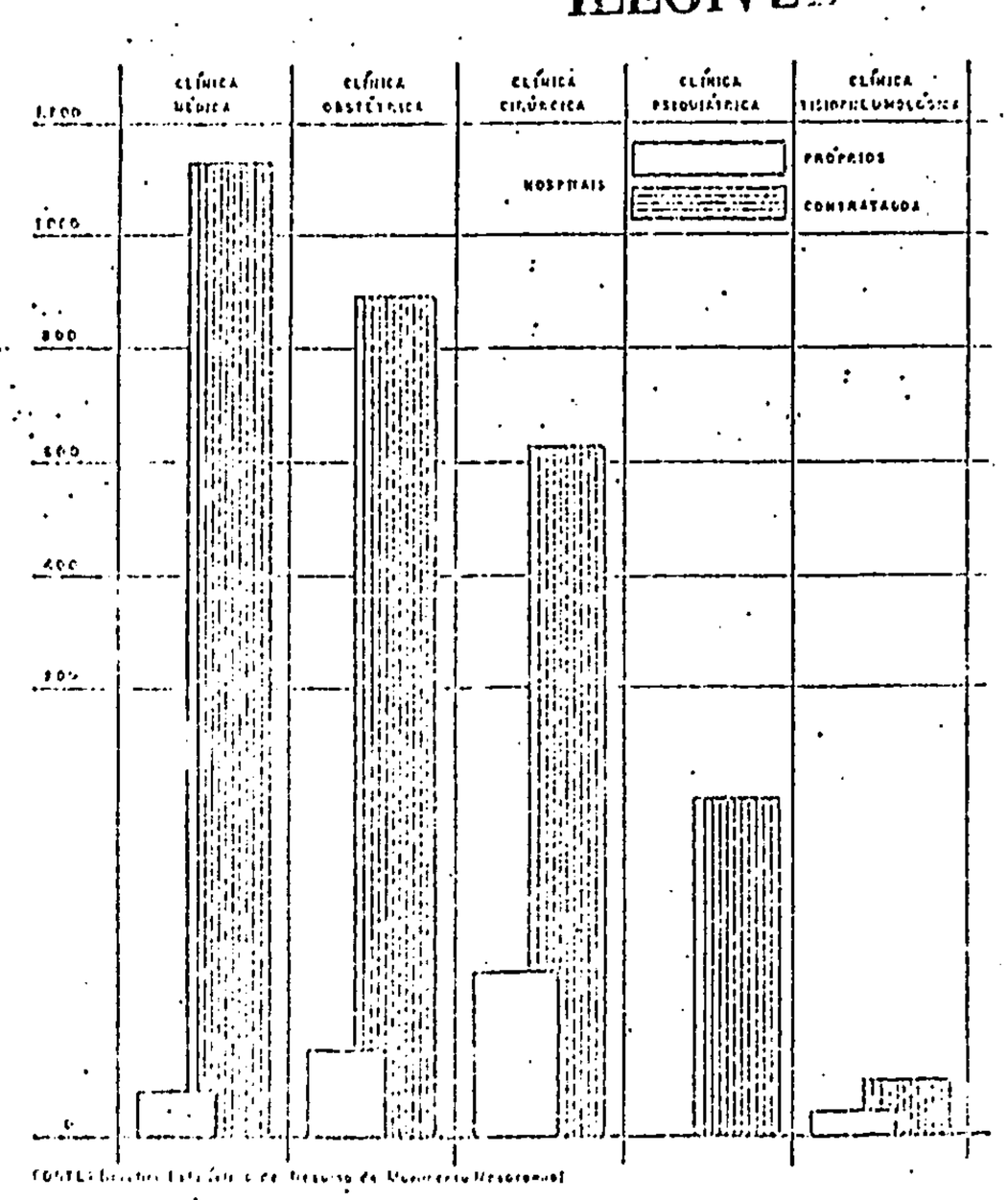
M. PAWEL - 1973

Q U A D R O - I

INPS
SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA

MOVIMENTO HOSPITALAR NOS HOSPITAIS PRÓPRIOS E CONTRATADOS
PACIENTES ATENDIDOS POR ESPECIALIDADE - EM MILHARES
BRASIL - 1971

ILEGIVEL




FONTE: Divisão Estatística e de Processamento de Dados/Assistência Hospitalar

2389

TABELA II

INPS

ATENDIMENTO AMBULATORIAL POR CLÍNICA

BRASIL - 1971

| ESPECIALIDADES | | SERVIÇOS | |
|---|---|---|---|
| | | PRÓPRIOS | CONTRATADOS |
| EMERGÊNCIAS | (1) | 4.019.524 | 996.634 |
| PRONTO ATENDIMENTO | | 9.678.637 | 0 |
| ALERGIA | (4) | 115.368 | 31.058 |
| ANGIOLOGIA | (5) | 143.789 | 29.404 |
| CARDIOLOGIA | (1) | 1.129.324 | 151.521 |
| CIRURGIA GERAL | | 1.493.415 | 195.797 |
| CLÍNICA MÉDICA | | 4.858.355 | 2.107.719 |
| DERMATOLOGIA | | 622.136 | 136.094 |
| ENDOCRINOLOGIA | (6) | 185.661 | 13.603 |
| GASTROENTEROLOGIA | (3) | 468.830 | 34.193 |
| GINECOLOGIA | | 2.011.852 | 432.574 |
| HEMATOLOGIA | (7) | 32.672 | 10.723 |
| MEDICINA FÍSICA | (13) | 130.684 | 23.305 |
| NEFROLOGIA | (15) | 11.802 | 5.062 |
| NEUROCIRURGIA | (9) | 20.799 | 17.244 |
| NEUROLOGIA | | 413.791 | 101.786 |
| OBSTETRÍCIA | | 1.573.387 | 681.365 |
| ODONTOLOGIA | | 2.532.782 | 578.201 |
| OFTALMOLOGIA | | 859.406 | 449.355 |
| OTORRINOLARINGOLOGIA | | 1.214.527 | 347.992 |
| PEDIATRIA | | 4.098.677 | 802.419 |
| PROCTOLOGIA | (2) | 224.261 | 19.381 |
| PSIQUIATRIA | | 991.032 | 185.206 |
| RADIOTERAPIA | (10) | 21.097 | 36.319 |
| REUMATOLOGIA | (4) | 200.757 | 12.439 |
| TISIOPNEUMOLOGIA | | 939.807 | 141.655 |
| TRAUMATO-ORTOPEDIA | | 1.152.780 | 249.767 |
| UROLOGIA | | 519.902 | 97.493 |
| OUTRAS | | 192.735 | 50.576 |
| TOTAL | | 39.860.574 | 7.938.885 |
| TOTAL GERAL | | 47.799.459 | |

Os algarismos indicam o número de Superintendências em que a especialidade não está representada.

Fonte: INPS - Mensário-Estatístico - Número especial - 1971

M. PAWEL - 1973

2300

# QUADRO II

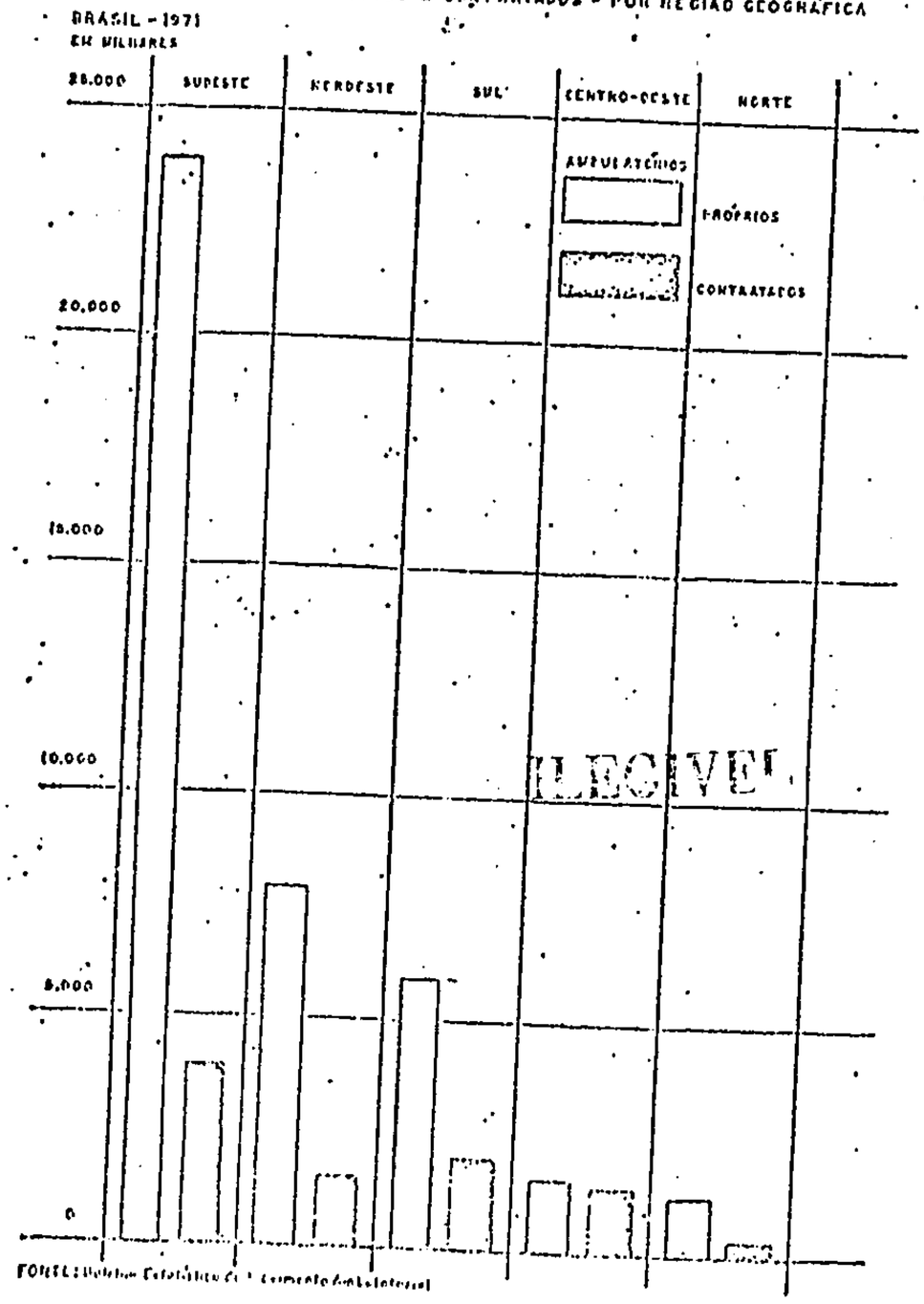
IAPS

SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA

MOVIMENTO AMBULATORIAL - COMPARATIVO DOS NÚMEROS DE CONSULTAS ENTRE AMBULATÓRIOS PRÓPRIOS E CONTRATADOS - POR REGIÃO GEOGRÁFICA

BRASIL - 1971

EM MILHARES




FONTE: Boletim Estatístico da Assistência Ambulatorial

LEGIVEL

Na Tabela e Quadro II, sobre atendimento ambulatorial a situação se inverte e verificamos que a maior parte dos atendimentos são feitos nos serviços próprios do INPS. No entanto, esta inversão só vem corroborar nossas hipóteses sobre o privilegiamento do produtor privado, posto que as atividades hospitalares, sendo as mais lucrativas, lhe são reservadas.

A tendência revelada no ano de 1971 permanece inalterada em 1975:

T A B E L A III

INPS - ASSISTÊNCIA MÉDICA

| 1975 | Consultas | Internações | Relação Consultas/Internações |
|---|---|---|---|
| Serviços Próprios | 45.869.643 | 222.325 | 206,3 |
| Credenciados | 14.164.842 | 4.703.732 | 3,0 |
| Convênios | 19.991.445 | 301.448 | 66,3 |
| T O T A L | 80.025.930 | 5.227.505 | 15,3 |

Fonte: Programa de Ação para o INPS - 1975
Resultados - MPAS/INPS

Observando a série histórica da evolução da despesa com assistência médica (Tabela IV) e comparando-a com a Tabela III, podemos constatar que a previsão para o ano de 1975 é de que mais de 90% dos recursos destinados à assistência médica previdenciária são repassados ao setor privado sob a forma de compra de serviços, evidenciando a divisão de áreas de atuação pela qual cabe aos serviços privados as atividades mais lucrativas.

2392

T A B E L A  IV

DESPESA COM ASSISTÊNCIA MÉDICA

| A N O | DESPESA GERAL | DESPESA SERVIÇOS TERCEIROS | % SERVIÇOS COMPRADOS |
|---|---|---|---|
| 1969 | 1.293.361.627,00 | 1.203.496.056,00 | 93,05 |
| 1970 | 1.882.922.807,00 | 1.739.662.437,00 | 92,39 |
| 1971 | 2.259.381.944,00 | 2.074.136.548,00 | 91,80 |
| 1972 | 2.900.294.084,00 | 2.522.362.263,00 | 86,97 |
| 1973 | 4.210.566.393,00 | 3.613.322.549,00 | 85,82 |
| 1974* | 6.058.989.192,00 | 5.602.996.953,00 | 92,47 |
| 1975* | 8.243.440.000,00 | 7.565.666.500,00 | 91,78 |

Obs.: Despesas subordinadas ao limite atuarial.
* - Previsão

Fonte: INPS - Secretaria de Assistência Médica - Coordenação de Planejamento.

Assim, progressivamente os serviços hospitalares passam a ser comprados ao setor privado enquanto os hospitais próprios do INPS permanecem inalterados.

> "Em 1974, por exemplo, de um total de 4 milhões de internações hospitalares de beneficiários do sistema de seguros sociais, 95,7% foram produzidos por serviços contratados e apenas, 4,3% pelos hospitais próprios da Previdência Social. Em 1975, de 249 mil leitos hospitalares utilizados pelo INPS para assistir os seus beneficiários, somente 13.000 eram próprios, mantidos e administrados pela instituição" (7).

Além da opção pela compra de serviços de terceiros, a modalidade contratual pela qual se efetuam tais compras tem sido frequentemente denunciada como sendo "fator incontrolável de corrupção". É que os pagamentos aos serviços credenciados são feitos com base em Unidades de Serviços, ou seja, através de uma tabela de preços por atos médicos. As consequências inerentes a esta forma de pagamento são apontadas pelo próprio presidente do INPS:

> "Os serviços contratados são sempre pagos a um preço tabelado em níveis muito inferiores aos que são cobrados de clientes particulares. Para que estas atividades possam ser rentáveis em termos comerciais e tendo sempre em mente a grande diferença de preços pagos pelos contratantes e pelos clientes próprios, muitos expedientes são empregados com vistas a aumentar o lucro proveniente dos contratos" (8).

E arrola, como expedientes utilizados, a multiplicação e desdobramento de atos médicos, a preferência pelas intervenções mais caras, a ênfase nos serviços cirúrgicos, a deficiência de pessoal técnico e a utilização de equipamentos antigos.

Estudos comparativos têm demonstrado que, no campo da obstetrícia, por exemplo, o problema se tornou alarmante. Enquanto a Organização Mundial de Saúde estima que o número de partos por cesariana seja de cerca de 0,8%, nos hospitais próprios do INPS na GB em 1970 a porcentagem foi de $\pm$ 10,0% e nos hospitais contratados chega a mais de 30,0%, revelando as profundas distorções na prática médica induzidas por tais contratos. A adoção do modelo de privilegiamento do setor privado, com este sistema de pagamento, implica sempre que, na busca de maiores lucros, sejam feitos tratamentos hospitalares complexos, caros e muitas vezes prejudiciais à saúde do paciente.

Além disso, a dificuldade de controle sobre as contas hospitalares levou a tal nível de corrupção que, em 1976, o INPS denunciava a existência de contas fantasmas (utilizando pacientes que não foram submetidos a qualquer tratamento) e outras incorreções perfazendo um total de 600.000 internações desnecessárias. (Conforme conferência do Presidente do INPS no ESG - Set+/1976 MPAS/INPS).

No entanto, a plena utilização deste modelo é que vai demonstrar a sua inviabilidade, na medida em que, ao propiciar um super-faturamento por parte dos produtores privados, coloca em risco todo o sistema financeiro da previdência, inviabilizando sua continuidade como única alternativa para expansão da cobertura médica.

3 - Convênios com empresas: medicina de grupo.

A expansão do Complexo Previdenciário criou um sub-setor credenciado que se estrutura em bases institucionais distintas das do setor contratado (contratos de prestação de serviços com pagamento na base de unidades de serviço) e tem objetivos diferentes, voltado para uma parcela específica dos segurados e praticando uma medicina com características bastante particulares.

Trata-se de convênio estabelecido entre o INPS e a empresa contratante pelo qual esta última passa a arcar com a responsabilidade da atenção médica a seus empregados, desobrigando o INPS da prestação direta de tais serviços. A empresa contratante recebe um subsídio do INPS e compra os serviços médicos a uma outra empresa especializada, chamada normalmente "Medicina de Grupo", "Grupo Médico" ou "Empresa Médica".

Para maior compreensão do funcionamento deste setor do Complexo Previdenciário, torna-se necessária uma análise do surgimento desta prática, sua articulação com a Previdência Social e os interesses em questão.

Os departamentos médicos da empresa

> "O corpo médico é a seção de minha fábrica que me dá mais lucro".
>
> (Henry Ford) (9).

Em diferentes países, as grandes companhias, de distintos ramos de atividades, desde muito tempo demonstram interesses em manter serviços de assistência médica próprios, independentes tanto das práticas tipicamente liberal-privadas quanto do setor estatal. Ou seja: existe um papel importante, do ponto de vista dos empresários, a ser desenvolvido por uma seção médica no interior das empresas.

Que funções são estas que um serviço de assistência médica desempenha no interior da empresa de forma mais interessante para o empresário do que as outras formas de organização da prática médica existente?

Em primeiro lugar, a seleção de pessoal, possibilitando a escolha de uma mão-de-obra menos provavelmente geradora de problemas futuros como o absenteísmo e suas conseqüências (interrupção da produção, gastos com obrigações sociais, etc.). Em segundo lugar, o controle deste absenteísmo na força de trabalho já empregada, analisando os casos de doença, faltas, licenças, obviamente com mais cuidado e maior controle por parte da empresa do que quando esta função é desempenhada por serviços médicos externos a ela, por exemplo, da Previdência Social. Outro aspecto é a possibilidade de obter um retorno mais rápido da força de trabalho à produção, na medida que um serviço próprio tem possibilidade de um funcionamento mais eficaz nesse sentido do que as habitualmente "morosas" e "deficientes" (nesse sentido, repetimos) redes previdenciárias e estatais, ou mesmo do que a prática liberal sem articulação com a empresa (10). Um último elemento a apontar é a política de pessoal mais "atraente" que a posse de serviços médicos próprios possibilita, ao afastar os empregados tanto dos gastos individuais com saúde quanto das filas e outros impecilhos freqüentes nas Previdências Sociais e outros órgãos assistenciais. Os resultados desse último aspecto são coisas tais como melhor desempenho na competição inter-empresarial por mão-de-obra qualificada, "paz social" no interior da empresa, etc.

A "Medicina de Grupo"

Mais recentemente, no interior de um processo de modernização e desburocraticação das grandes empresas, surgiu e vem crescendo a prática de comprar a outras empresas especializadas os serviços complementares de que necessitam mas que não constituem sua ocupação principal. Assim, grandes organizações industriais, comerciais, financeiras, etc., passaram, desde a algum tempo, a comprar serviços tais como limpeza, conservação de máquinas, jardinagem, a companhias especializadas nestes tipos de atividades. O mesmo se deu, em muitos casos com relação à assistência médica aos empregados. Seguindo uma prática que já vem desde o século passado nos Estados Unidos (11), também no Brasil, nos últimos tempos, isso tem ocorrido, tendo se constituído para a prestação destes ser-

viços as chamadas "empresas médicas" ou "empresas de medicina de grupo" ou "grupos médicos".

Em relação às questões discutidas na seção anterior, elas não se modificam com a substituição dos departamentos médicos próprios das companhias pelos contratos com empresas médicas "de grupo". E isso, a nosso ver, é que torna possível tal substituição. Se a medicina do departamento médico e a empresa médica se identificam quanto ao objetivo geral de manter, aumentar a produtividade através da manutenção e recuperação da força de trabalho, diferem no entanto substancialmente na medida em que a empresa é regida por uma lógica interna que visa basicamente a lucratividade através da diminuição dos custos dos tratamentos. Neste sentido, há uma profunda ruptura que vem diferenciar uma prática médica situada nos marcos do "fordismo" e esta outra que se insere, enquanto empresa médica, no ciclo da reprodução do capital. A finalidade imediata de barateamento dos custos dos serviços prestados vai ter conseqüências profundas no tipo e nível da medicina praticada, implicando quase que necessariamente uma limitação crucial ao exercício conveniencioso desta prática. Os contratos são constituídos num regime de "pré-pagamento por captação", ou seja, estipula-se uma quantia fixa por trabalhador assegurado, e o total é pago mensalmente ao "grupo médico" pela empresa compradora dos serviços, independentemente da quantidade e dos tipos de atos médicos realizados no período. E esse regime de pagamento cria interesses complementares entre as duas empresas contratantes.

A complementariedade começa pela seleção de pessoal (um dos aspectos que apontamos anteriormente como de interesse da empresa). As empresas médicas contratadas ficam encarregadas também desta tarefa, antes atribuída aos departamentos médicos. Ocorre que, como o sistema vigente é o pré-pagamento a valores fixos por empregado, interessa também aos "grupos médicos" a seleção mais acurada possível do pessoal a ser contratado pela empresa compradora, de modo a procurar reduzir ao máximo os atos médicos futuramente necessários.

Mesmo após a seleção, este papel de controle segue sendo exercido. Assim, é freqüente que um trabalhador ao ter detectada em si doença grave que vá implicar atos cirúrgicos mais complexos

(e caros) ou internação prolongada, seja demitido, evidenciando o perfeito entrosamento entre a empresa médica e o departamento de pessoal da firma contratante.

Neste sentido, é ilustrativa a afirmação de representante da empresa médica CEMIC no 2º Congresso Internacional de Medicina de Grupo (12):

> "São mais ou menos sabidos de todos que estão no grupo médico, as vantagens para a empresa na queda do absenteísmo, fixação do empregado, menor "TURN-OVER" (...) A direção do grupo médico está intimamente ligada com o Departamento de Pessoal ou a área de relação industrial da empresa e o serviço médico, para que qualquer problema, surgido na área de pessoal ou na área médica da empresa, seja rapidamente resolvido pelo grupo médico".

É necessário frisar que este último tipo de prática foi viabilizado pelo fim da estabilidade por tempo de serviço e o FGTS.

Outro ponto apresentado anteriormente como de interesse da empresa, e onde se dá a complementariedade de interesses desta com o grupo médico, é o problema do retorno mais rápido possível à produção dos trabalhadores doentes. Aqui, ao interesse já discutido da empresa, se soma o do grupo médico em minimizar seus custos, uma vez que, dado o regime de pré-pagamento, o que recebe pelo atendimento àquele empregado é um valor fixo, independente da duração do tratamento.

Esse duplo interesse no retorno mais rápido possível do trabalhador à produção tem sido propalado como sendo efetivamente alcançado pelo tipo de atendimento ministrado pelos "grupos médicos". Vejam-se, neste sentido, os seguintes dados (referentes à atenção a acidentes de trabalho exclusivamente):

> "(...) dos 21.819 acidentes atendidos diretamente pelo INPS, em junho do ano passado (1975), 20.378 acidentados ficaram temporariamente afastados de suas funções, enquanto que dos 6.585 atendidos no mês, através de convênios, (entre empresas e "grupos médicos"), 3.163 voltaram diretamente às empresas,sem perder nem um dia de trabalho. (...) Osmair Barbosa Freitas, da Coordenação de Acidentes do Trabalho (INPS), afirma que cerca de 93% dos pacientes de trabalho são considerados incapacitados tempora

> riamente, enquanto apenas 49% dos atendidos através de convênios ficam afastados de suas funções"(13).

Um terceiro aspecto apontado anteriormente como vantajoso para as empresas na constituição de departamento médicos próprios era a possibilidade de promover com isso uma política de pessoal mais "atraente". Também a isto estão atentos os "grupos médicos" que substituem tais departamentos, sendo estabelecida uma interessante forma de responder a essa demanda das empresas com o mínimo de custos possíveis. Assim, os serviços oferecidos, em alguns casos, são tanto mais "atraentes" quanto maior a qualificação da faixa de trabalhadores atendidos (dentro da mesma empresa contratante) promovendo-se uma estratificação bastante discriminatória na qualidade (além da suntuosidade formal) do atendimento. Como exemplo, podemos tomar a "Interclínicas", uma empresa de medicina de grupo que oferece as seguintes faixas diferenciadas de atenção dentro de um mesmo contrato: "Standard, Extra, Especial e Executivo" (13).

Num último aspecto, dentre os anteriormente citados, há, também perfeita substituição das funções do departamento médico da empresa pelos "grupos": a questão do controle do absenteísmo. Esse controle é hoje delegado pela própria Previdência Social, como ordena o "Plano de Pronta Ação" (14).

> "O INPS não fornecerá mais atestados médicos para abono de faltas ao trabalho aos beneficiários empregados em empresas que disponham de serviços médicos ou contratados".

Aqui não se pode falar propriamente em complementariedade de interesses entre empresas e grupos médicos, na medida em que estes últimos em nada se beneficiam com esta atividade. No entanto nem por isso, ela é desenvolvida com menos afinco e controle. A "Med-Grup", por exemplo, só deixa a critério de seus médicos atendentes as licenças a conceder por um prazo de até 15 dias. A partir daí, o caso tem que ser levado à consideração da própria direção do "grupo médico".

Apesar dos argumentos acima expostos, não existe um consenso técnico sobre as vantagens da medicina de grupo. Alguns estudiosos denunciam um "bias" nas análises favoráveis à medicina de grupo:

> "Para os que defendem os convênios, a diminuição do absenteísmo por doença constitui um dos argumentos mais frequentemente citados como vantajoso para as empresas, que, assim, elevariam a produtividade da mão-de-obra. A suposta liberalidade do médico do INPS seria substituída pelo rigorismo de critério adotado, como rotina, pelo médico da empresa. Trata-se de uma posição equivocada supor que o absenteísmo por doença depende da ação policial do médico. Quem quer que analise o problema vai chegar à conclusão de que, nas empresas- o absenteísmo incide, com mais frequência, entre os empregados dos de menor salário, entre os que trabalham em condições mais desfavoráveis, entre os que residem distante do local de trabalho, entre os que enfrentam maiores problemas de condução diária, entre os que têm maiores encargos de família, entre os que trabalham sob chefia autocrática" (15).

A entrada da Previdência: os Convênios

A partir de 1964, este tipo especial de medicina que estamos analisando - a "medicina da fábrica" - é incorporado pela Previdência Social brasileira (16). Até então, a assistência médica previdenciária não incluía este tipo de organização da prática médica. Exercida em serviços próprios ou então nos (minoritários à época) serviços credenciados pela Previdência, a medicina previdenciária não era vinculada de modo tão direto aos interesses das empresas.

Em maio de 1964, a Previdência Social brasileira inicia a prática de financiar a assistência médica das empresas, com um convênio estabelecido entre o então IAPI e a Volkswagen (15) pelo qual o Instituto deixaria de ter a responsabilidade de prestar assistência médica aos empregados da organização conveniente, passando esta responsabilidade à própria companhia. Para tanto, dispensava a firma de parte da contribuição devida por esta ao Instituto. Esta prática foi incorporada pelo INPS após a unificação (17), com os serviços sendo prestados diretamente pela empresa ou sublocados

a "grupos médicos" cadastrados pelo Instituto. Hoje, quando um convênio desta natureza é firmado, a Previdência devolve à empresa, mensalmente, uma quantia correspondente a cerca de 5% do maior salário-mínimo regional por trabalhador coberto, e (apenas em princípio, como se verá adiante) se desobriga da atenção a esses segurados.

Essa prática vem crescendo progressivamente. Segundo dados da Coordenação de Convênios da Secretaria de Assistência Médica do INPS, existiam, em agosto de 1977, 4.699 convênios desta natureza, abrangendo 1.801.082 segurados que, com seus dependentes, perfaziam o total de 4.337.187 beneficiários, ou seja, cerca de 10% do total da população previdenciária à mesma época (segurados .... 17.900.000 e beneficiários: 59.300.000).

É interessante observar que essa fração da população previdenciária tem características especiais: corresponde apenas à mão-de-obra das grandes organizações.

> "Estudos realizados, em 1970, no antigo Estado da Guanabara, demonstram que, das 86.190 empresas filiadas ao INPS, apenas 122 mantinham convênio, mas essas empresas tinham, em média, 740 empregados, enquanto que as demais empresas tinham, em média, apenas 16 empregados (...).
>
> Pesquisa feita pela Secretaria de Assistência Médica do INPS demonstrou que, em termos nacionais, a média salarial do contribuinte da Previdência Social é de 1,8 salário-mínimo, enquanto a média dos segurados das empresas convenentes é de 3,5 salários mínimos" (15).

A distribuição geográfica dos convênios é coerente com esse quadro, situando-se 3.351 deles (71,3%) no Estado de São Paulo (dados para agosto de 1977 - INPS, Secretaria de Assistência Médica, Coordenação de Convênios).

Dessa maneira, a Previdência Social vem arcando progressivamente com parte cada vez maior dos antigos gastos das grandes empresas com assistência médica a seus empregados. Assim, em 1973, estimava-se em cerca de 6 milhões o número de trabalhadores e dependentes assistidos pelas empresas médicas, dos quais cerca de 3,5 milhões em convênios tríplices (previdência - empresas - grupos médicos) e 2,5 milhões em contratos sem a participação do INPS (12).

2401

Mas o que a Previdência vem fazendo não é apenas financiar parcialmente, através dos convênios, aquilo que estamos chamando "medicina na empresa". Mais do que isso, ela também vem arcando com parcelas crescentes das atividades médicas mais raras, complexas, e lentas, que se tornem necessárias no atendimento aos empregados cobertos pelos convênios.

Em princípio, celebrado um convênio, o INPS deixaria de ter qualquer responsabilidade pela atenção médica aos empregados da organização em questão e seus dependentes. Assim, reza o P.P.A. (14):

> "Na vigência do convênio, o INPS se desobriga do atendimento dos beneficiários por eles abrangidos e os atendimentos médicos eventualmente realizados pelo Instituto são cobrados da empresa".

Mas, em primeiro lugar:

> "Embora seja freqüente, nos hospitais próprios do INPS e, em casos de emergência, nos hospitais contratados, o atendimento de segurados empregados em empresas convenentes, não há notícia de cobrança desses serviços" (15)

Além disso, como dizíamos acima, a regra geral inicial de liberar a Previdência do atendimento aos empregados cobertos pelos convênios e seus dependentes vem sendo progressivamente restringida.

> "De acordo com as normas aprovadas em 1969, ficou estabelecido que não será obrigatório para as empresas convenentes a prestação de serviços aos beneficiários que tenham necessidade de reabilitação profissional; aos portadores de doenças que, após 180 dias, seguidos ou intercalados, de tratamento sob regime de internação, não estiverem em condições de voltar ao trabalho ou de continuar o tratamento em ambulatório.
>
> Além disso 'a critério do Instituto e em caráter excepcional, a empresa convenente poderá ser reembolsada de despesas comprovadamente realizadas com determinados atendimentos médicos de custo excessivamente elevado' (...).

> Preferiu-se (...) que os tuberculosos, desde o diagnóstico, passassem a ser tratados pelos serviços da Previdência Social (...). O que ocorreu com a tisiologia, repetiu-se com as doenças mentais, de cujo tratamento as empresas convenentes estão, também, desobrigadas.
>
> O INPS assumiu, por igual, a responsabilidade financeira nos casos considerados riscos catastróficos, incluídos nesse grupo: a cirurgia cardíaca, a microneurocirurgia, os transplantes, os implantes, os politraumatizados e mais todos os casos cujo tratamento ultrapasse certo valor" (15).

Assim, parece confirmar-se a idéia, já apresentada nesse trabalho, do caráter especial e restrito das atividades médicas que interessam as empresas manter sob seu controle. Não há interesse na atenção ao trabalhador portador de doença de recuperação lenta ou improvável e que, além disso, implica em tratamento de custos elevados. Interessam apenas as atividades de recuperação rápida (mesmo que apenas sintomática), de seleção e de controle do absenteísmo, como já exposto.

O que os convênios na sua forma atual têm possibilitado, portanto, em relação à medicina sob controle da empresa, é: 1º) o crescimento dessa prática, dado que com a Previdência arcando com parte considerável dos custos, ela passa a poder ser implantada mesmo nas empresas onde isso seria economicamente impossível apenas com recursos próprios; 2º) o seu barateamento para as empresas, precedendo-se com isso, a uma socialização do que seriam antes apenas gastos de firmas privadas com atividades de seu interesse exclusivo; 3º) a radicalização do caráter especial e parcial desta forma de prática médica, que se destaca cada vez mais do conjunto da medicina, para se aprimorar como uma especialidade: o ramo da atividade médica voltado para exercer ações sobre o corpo humano que interessem exclusivamente à produtividade.

O sonho de Ford se aperfeiçoa.

A quem interessam os convênios?

Já apontamos, nas seções anteriores, quais são os interesses das empresas contratantes e dos "grupos médicos" na celebração de tais convênios com a Previdência Social. Em síntese: as primeiras conseguem com isso uma divisão social do que eram anteriormente custos exclusivamente seus, com uma forma especial de prática médica voltada, fundamentalmente, para seus interesses. E os "grupos", além de ter seu mercado ampliado com possibilidade de financiamento pela Previdência, passam a poder delegar a esta os tratamentos mais custosos. Caberia agora analisar rapidamente o que seria o ponto de vista dos outros elementos interessados nesta questão, quais sejam: os trabalhadores, a Previdência e os médicos assalariados das empresas de medicina de grupo.

Quanto aos primeiros, deixaremos que eles próprios falem, através de um de seus órgãos de classe: a Federação dos Trabalhadores nas Indústrias Químicas e Farmacêuticas do Estado de São Paulo, em um dos números de seu "Boletim Informativo"(7). Isto resulta numa citação algo longa, mas que é interessante registrar, na medida em que, inclusive, reforça algumas das idéias expostas anteriormente:

> "Primitivamente, quando adoecia, ficando incapacitado para o trabalho, o empregado apresentava um atestado emitido pelo INPS, no qual eram justificados os dias de ausência, sendo estes pagos pelo empregador até o limite de 15. Após a alteração feita pela lei nº 5.890, de 08 de junho de 1973, cabe às empresas que dispõem de serviço médico próprio, ou em regime de convênio, dizer se o empregado está ou não incapacitado para exercer suas funções, isto é, se se encontra ou não doente.
>
> É necessário uma oceânica quantidade de inocência, mais uma tonelada de boa vontade para se acreditar que o empregador orientará os médicos que para ele trabalham, no sentido de procederem sempre com isenção, e, em caso de dúvida, para decidirem em favor do empregado que se diz impossibilitado de trabalhar, porque está doente. Previa-se, e a experiência destes últimos três anos demonstra cabalmente, que tanto os médicos empregados, como aqueles que trabalham nas empresas de medicina de grupo (igualmente sob subordinação), dificultariam muito os afastamentos, ordenando que voltem ao serviço, imediatamente, os trabalhadores que não se apresentam

em bom estado de saúde, mesmo que isto implique em retorno a ocupação e ambientes comprovadamente insalubres.

Além disso, a qualidade do tratamento decaiu de maneira assustadora, reduzindo-se a prescrição de analgésicos e, na melhor das hipóteses, de antibióticos, remédios que nem o INPS fornece, nem a empregadora, e que o trabalhador quase nunca pode adquirir sem grandes sacrifícios.

Aliás, porque deveria o patrão se ocupar com um tratamento médico do seu empregado, ou porque lhe pagará os dias em que faltar por doença, se pode demití-lo com a ajuda do FGTS, e substituí-lo com muita facilidade? (...).

Não chegaremos ao ponto de dizer que a assistência médica do INPS é ou era perfeita. Nem mesmo mereceria ser classificada como boa. De qualquer maneira, entretanto, a emenda ficou pior do que o soneto, e a entrega do tratamento de saúde do trabalhador às empresas, retirando-lhe — como fez a lei — o direito de apelar ao Instituto, foi medida desacertada, inoportuna, que veio a agravar os problemas dos assalariados neste campo".

Tal ponto de vista não é restrito a esta Federação em particular. Assim o demonstra um artigo do jornal "O Estado de São Paulo", sob o título "INPS vai limitar convênios", onde se diz:

> "A Superintendência Regional do INPS em São Paulo não pretende ampliar os convênios com empresas para atendimentos médicos de seus empregados-atualmente esses convênios cobrem 1.245.640 segurados em todo o estado, porque os operários não tem poupado críticas, por meio de seus sindicatos, à qualidade dos serviços prestados pelos grupos médicos contratados pelas empresas. O Superintendente Regional, Carlos Magalhães Prado, explicou que com a melhoria dos serviços próprios do INPS, na área ambulatorial, os trabalhadores têm preferido utilizar os serviços do Instituto e de seus sindicatos, que mantêm convênios com o INPS".

Do ponto de vista da Previdência Social, ou seja, dos responsáveis pelo seu complexo da assistência médica, o setor conveniado parece colocar-se como a possibilidade econômica e politicamente viável de expansão a curto prazo, na medida em que os dirigentes da assistência médica previdenciária ficam hoje situados entre três fogos:

1º) o crescimento permanente da massa segurada, exigindo um crescimento proporcional da capacidade de fornecer serviços.

2º) o fato de que a expansão do setor próprio é obstaculizada, como vimos anteriormente, por pressões políticas dos empresários do setor saúde (agitando ideologicamente, para este fim o fantasma da "estatização", o que lhes assegura apoio em outros setores).

3º) o fato de que a expansão indiscriminada do setor credenciado (como ocorreu até certa época) vem se mostrando hoje cada vez mais economicamente inviável, dados os altos custos que o regime de pagamento por serviços prestados vigentes no setor impõe à Previdência.

Resta assim, como alternativa, recorrer à expansão do setor conveniado. Este setor, regido por outro sistema de pagamento (que já discutimos), apresenta-se como uma menor fonte de gastos desnecessários e de corrupção, se comparado com o credenciado. As despesas aqui são assim mais previsíveis e menores.

Do ponto de vista dos médicos assalariados pelas empresas de medicina de grupo, a questão já foi colocada nas linhas anteriores. Em primeiro lugar, a necessidade de maximização dos lucros já apontados nessas empresas leva à tendência de oferecer salários os mais baixos possíveis. Onde um excesso de oferta de mão de-obra médica torna isso possível, tal se realiza. Compare-se, neste sentido, os rendimentos dos médicos contratados pela Previdência Social para seus serviços próprios com os dos contratados pelas empresas. Outra questão importante para esse grupo profissional (também já indicada) é a limitação estabelecida pelas empresas ao seu livre-arbítrio no atendimento aos pacientes. Questão que toca não apenas o problema da satisfação profissional (tão a gosto da categoria, nostálgica do seu passado liberal) mas também tem suscitado problemas importantes de natureza ética.

Resumindo, podemos concluir que as características básicas desta primeira fase do período que vai de 1966 a 1977, ou seja, a fase que compreende os anos de 1966 a 1974, foram:

- Centralização Administrativa propiciada pela criação de um único aparelho institucional responsável pela Previdência (INPS).
- Eliminação da participação dos segurados na gestão das instituições previdenciárias.
- Ampliação dos serviços médicos e extensão progressiva da cobertura.
- Este crescimento dos serviços médicos se dá primordialmente pela compra de serviços ao setor privado, enquanto os serviços próprios da Previdência se encontram estacionados.
- Através dos esquemas de compra de serviços ou de financiamentos ao setor privado a Previdência Social subordina inicialmente quase toda a prática médica exercida no país, para, ao mesmo tempo, funcionar como fomentadora de setores capitalistas na área médica.
- A opção pelo modelo de compra de serviços, ou de privilegiamento do setor privado, através de modalidades de contratos ou convênios transforma a Previdência Social em um grande Complexo Previdenciário de prestação de assistência médica. Neste Complexo articulam-se o sistema de serviços próprios, o de serviços contratados e o de serviços conveniados, cada um dos quais funcionando com uma lógica diferenciada e atendendo a objetivos determinados e específicos.

A situação geral da prestação de assistência médica previdenciária, sob as várias modalidades que compõem o Complexo Previdenciário, encontrava-se assim, em 1976:

T A B E L A  V

INSTITUTO NACIONAL DE PREVIDÊNCIA SOCIAL

BRASIL - RECURSOS DISPONÍVEIS - 1976

3 - ASSISTÊNCIA MÉDICA

| E S P É C I E S | QUANTIDADES |
|---|---|
| SERVIÇOS AMBULATORIAIS PRÓPRIOS | |
| Postos | 540 |
| Consultórios | 5.872 |
| Médicos | 21.261 |
| Dentistas | 1.676 |
| Unidades | 200 |
| SERVIÇOS AMBULATORIAIS CREDENCIADOS | |
| Médicos | 15.261 |
| Dentistas | 3.879 |
| Laboratórios | 2.210 |
| Clínicas Radiográficas | 995 |
| Farmácias | 12 |
| HOSPITAIS PRÓPRIOS | |
| Hospitais | 34 |
| Capacidade de Leitos | 8.317 |
| Leitos em funcionamento | 5.628 |
| HOSPITAIS CONTRATADOS | |
| Hospitais | 2.808 |
| Capacidade de Leitos | 242.730 |
| Leitos sob Contrato | 165.077 |
| CONVÊNIOS | |
| Empresas | 3.191 |
| Sindicatos | 390 |
| Universidades | 17 |
| Prefeituras | 24 |
| Governos Estaduais | 30 |
| Outras Entidades | 33 |

Fonte: A Previdência Social Urbana e o INPS - MPAS/INPS.

NOTAS E BIBLIOGRAFIA

1 - "En la medida en que el cesarismo es un arbitraje entre dos protagonistas, la balanza podrá inclinarse para un lado, o para el otro". Portelli, H., Gramsci y el Bloque Histórico, Ed. Siglo Veintuno, Buenos AIres, 1974.

2 - AMARAL VIEIRA, 1975.

3 - MTPS - Assistência Médica na Previdência Social, 1973.

4 - DONNÂNGELO, M.C.F. - Medicina e Sociedade , Pioneira, São Paulo, 1976.

5 - MARTINS, LUCIANO - Caderno Especial do Jornal do Brasil de .. 02.10.77.

6 - Os dados referentes à atuação do FAS nos foram cedidos pelo colega Paulo Cézar da pesquisa "Economia e Saúde" (PESES-05), cn de este problema é estudado detalhadamente.

7 - MELLO, C.G. - 1976 - citando dados do MPAS - "INPS: Programa de Ação Para o INPS - 1976".

8 - GENTILE DE MELLO - A política médica assistência do INPS - GB nov. 1972. (mimeo)

9 - Citado por CARVALHO, J.V. de - "Assistência Hospitalar nas Indústrias e Mutualismo", in MINISTÉRIO DA SAÚDE E ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE HOSPITAIS - "Anais do Primeiro Congresso Nacional de Hospitais e da Primeira Conferência Nacional de Diretores de Serviços de Assistência Hospitalar", 1º Volume, Rio, jun/jul. 1955.

10 - A colocação desta questão remete obrigatoriamente ao polêmico problema da chamada "medicina da força de trabalho". Ou seja: as freqüentes discussões entre estudiosos das relações entre

"medicina e sociedade" sobre se, nos marcos do modo de produção capitalista, existiria a exigência à medicina de que desempenhasse ações efetivas no sentido da "manutenção e recuperação da força de trabalho".

Não cabe aqui, obviamente, aprofundar esta discussão. Queremos apenas deixar claro que acreditamos, com outros autores, que, em conjunturas específicas e para parcelas definidas da mão-de-obra, esse problema se coloque. As citações adiante apontam nesse sentido, no que tange à mão-de-obra qualificada das grandes empresas no Brasil pós-50.

Para maior discussão sobre o assunto remetemos, por exemplo, a:

DONNÂNGELO, C. - "Medicina e Sociedade", Ed. Pioneira, São Paulo, 1975.

AROUCA, A.S.S. - O dilema preventivista", (Cap. VIII), UNICAMP, Campinas, 1975, mimeo.

OLIVEIRA, J.A.A. - "Sobre o nascimento da Medicina Social", IMS/UERJ, Rio, 1977, mimeo.

11 - GARCÍA, J.C. - "La articulación de la medicina y de la educación en la estructura social", OPAS, 1976, mimeo.

12 - Anais do 2º Congresso de Medicina de Grupo, Rio de Janeiro, 10 a 15 de março de 1973.

13 - Jornal "O Estado" (de Florianópolis, SC), Edição de 05.12.76. Artigo "Medicina de Grupo: INPS aconselha convênios", por Renée Castelo Branco.

14 - MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL, INSTITUTO NACIONAL DE PREVIDÊNCIA SOCIAL - "O Plano de Pronta Ação/P.P.A. (Portaria 39, 78, 79 e normas complementares)", set., 1975. Instrumento que regula as distintas formas de prestação de serviços médicos vinculados à Previdência Social.

15 - GENTILE DE MELLO, C. - "Os empresários do Setor Saúde" in Saúde e Assistência Médica no Brasil, ed. CEBES/HUCITEC, 1977.

16 - Na verdade se poderia argumentar que o nascimento da assistência médica previdenciária entre nós se dá no interior de empresas, através das "Caixas de Aposentadoria e Pensões" que se tornam obrigatórias em 1923 nas ferrovias de todo o país (v. Decreto nº 4.682, de 24 de janeiro de 1923) e que são depois estendidas à organizações de outras naturezas. Efetivamente estas Caixas são organizadas por empresas e no seu interior. Mas: por um lado, os determinantes do seu surgimento são mais complexos do que apenas os interesses de produtividade das companhias, tratando-se principalmente de razões de natureza política, que levaram o Estado brasileiro a partir desta época a intervir nas áreas "social" e "assistencial" (juntamente com outras áreas correlatas). Obviamente, não cabe estender aqui esta discussão. Remetemos aos capítulos anteriores, e aos autores que cuidaram do tema, como por exemplo: MALLOY, J.M. - "Previdência Social e classe operária no Brasil", Cadernos CEBRAP nº 15; VIANNA, L.W. - Liberalismo e Sindicato no Brasil, Ed. Paz e Terra, Rio, 1976; RODRIGUES, L. - Sindicato e Desenvolvimento no Brasil, Ed. DIFEL, 1968.

Além disso, a partir de 1933, estas "Caixas" vão progressivamente sendo substituídas por outra forma de organização da Previdência: os "Institutos de Aposentadorias e Pensões", que agrupam grandes categorias profissionais a nível nacional, e não empregados de uma só organização, além de situarem-se externamente a qualquer companhia em particular.

17 - V. Decreto Lei nº 66, de 1966, artigos 12 e 14. O "Plano de Pronta Ação", já citado, de 1975, mantêm essa modalidade de prestação de serviços.

18 - F.T.I.Q./F.E.S.P. - Boletim Informativo, ano VII, nº 80, outubro de 1976, pp. 6 e 7.

SEGUNDA FASE: 1974-1977 - CRISE E REFORMAS: O "COMPLEXO PREVIDENCIÁRIO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA".

A adoção do modelo social - com a consequente [illegible] dos serviços médicos previdenciários e a inclusão de novas categorias sociais - se fez dentro do quadro de privilegiamento do setor privado de serviços e em detrimento dos serviços médicos próprios da Previdência. Como vimos no texto anterior, a modalidade de pagamento adotada na compra dos serviços médicos - unidades serviço - possibilita um super-faturamento por parte dos serviços privados, com prejuízo do atendimento médico prestado, e colocando em risco o sistema financeiro da instituição.

A proliferação de contratos de serviços com entidades privadas nos anos subseqüentes à unificação foi levada a [illegible] quer controle por parte da Previdência sobre as [illegible] das. A própria criação do Setor Conveniado (Medicina [illegible], incide com o auge do modelo de privilegiamento do setor privado, significando apenas uma diferenciação do Complexo Previdenciário para o atendimento de uma mão-de-obra especializada. [illegible] se confronta portanto, como alternativa, ao modelo vigente.

A falta de controle sobre as contas dos serviços contratados criou condições para que a corrupção atingisse, por volta de 1974, níveis que ameaçavam o equilíbrio financeiro. Além disso, repetimos, a modalidade de contrato existente tornava impondenável o cálculo atuarial.

O período que se inaugura em 1974 não constitui [illegible] modelo de funcionamento da assistência médica previdenciária, que não significa uma ruptura com o modelo adotado pós-64; mas o diferencia dele a ponto de merecer uma análise isolada. Isto é, trata-se antes de uma segunda fase de um mesmo período, em que mantidas as características fundamentais do período [illegible] a expansão da cobertura via compra de serviços ao setor privado.

Durante todo este período, foi dada prioridade incontestável, na estratégia governamental, ao crescimento econômico, feito sob forte concentração de renda e em um clima de permanente repressão às classes dominadas. Ficou conhecida a tese do Minis-

tro da Fazenda de que seria preciso deixar o bolo crescer para depois tão dividir. Em 1974, já a situação se anunciava muito diferente, pressentindo-se o final do ciclo e o início da crise.

> "O boom começou a esgotar-se em 1973 e a mudança de conjuntura em 1974 forçou a mudança da política econômica. A inflação está longe de estar domada e o anseio geral por justiça social, que explodiu nas eleições de novembro, deve dificultar a adoção de políticas de contenção do consumo dos grupos de baixa renda, que constituem a grande maioria da população" (1).

A crise econômica característica do final de um ciclo acresce-se a crise internacional que amplia os problemas surgidos. Isto decorre, em primeiro lugar, das características gerais do sistema econômico montado a partir de 1964, cujo período de expansão após 1968 apresenta alto índice de abertura para o exterior aliada a uma política sistemática de concentração de rendas. A subordinação ao mercado mundial torna-se muito mais forte do que no período anterior. Desta forma, a crise que se amplia pelo mercado internacional atinge a economia em dois pontos críticos: por um lado, elevam-se os preços de determinadas matérias primas essenciais (como petróleo) e, por outro, não há meios eficazes de reduzir a sua importação. Finalmente, com a ampliação das dificuldades econômicas, a pauta de exportações brasileira – composta de produtos como café, açúcar, algodão etc. – perde em muito seu poder de troca, e já não é suficiente para financiar as importações. As dificuldades ampliam-se perante a retratação do mercado internacional de capitais, que se abstêm de novos investimentos, o que implica desequilíbrios no balanço de pagamentos e força a elevação da dívida externa.

A crise econômica vai ter como reflexo uma crise política cujas dimensões são ampliadas em função do regime político em vigor. Em primeiro lugar, como já foi mencionado, a insatisfação com o regime de 64 tem sua primeira expressão política nas eleições de novembro de 1974. Fica patente que a situação econômica das classes média e populares deteriorou-se a tal ponto que retirou as bases de apoio do governo nestas camadas da população.

Por outro lado, a perda do poder aquisitivo do salário mínimo associada a um processo de intensa migração e urbanização

desordenada rebaixaram as condições de vida das populações urbanas a um tal nível que permitiu grassasse uma epidemia de meningite por volta de 1973, constituindo-se em um sinal de alerta para o governo e população.

A crise política deflagrada a partir desta situação geral é ainda potenciada pela inflexibilidade do Estado nos regimes de exceção para moldar-se às condições adversas que se gestam nos períodos de crise econômica. Ao instaurar-se um período de contração da economia, os interesses econômicos corporativos das frações das classes dominantes não podem mais ser atendidos como antes, de maneira satisfatória. Segundo Poulantzas (2), a ordem burguesa representa, antes de mais nada, um mecanismo de auto-regulação que, se é possível prescindir dele em momentos de ascenso, torna-se indispensável nos períodos de crise.

O Estado passa a ser acusado de todos os males da economia. Entre nós este fenômeno evidenciou-se através de um debate público sobre a "estatização", que ao fim e ao cabo não passava da expressão do descontentamento das camadas dominantes frente à situação de recessão. Este debate teve também seus ecos na área da saúde.

Sem procurar uma análise exaustiva das condições em que se inaugura o período governamental 74/78, procuraremos fixar alguns pontos. Inicialmente, colocou-se como problema central o da Institucionalização do Regime: única forma deste poder resistir a uma crise como a que se atravessava. Havia dois grandes problemas a serem contornados: as defecções que se ampliavam no seio das classes dominantes, e, secundariamente, a diminuição das tensões sociais que se acumulavam no âmbito das relações entre Estado e classes subordinadas e entre estas e as camadas dominantes. A solução foi, para as primeiras, a ampliação do seu espaço de manifestação política - reativação da sociedade civil de forma limitada e gradual evitando a transferência dos conflitos para o interior do Estado. Em relação às camadas populares, utiliza-se simultaneamente dois mecanismos: concessões econômicas restritas e uma política simultaneamente repressiva e paternalista.

É dentro deste contexto que a questão social se coloca como prioritária na estratégia governamental. O próprio Presiden-

te Geisel vai afirmar que a distensão deverá ser antes de política, social.

O II PND vai colocar entre suas prioridades estratégicas a implementação de uma política social que possibilite a distribuição de rendas, em nítida diferenciação da ideologia pregada no I PND.

Nesta nova perspectiva, é reservado papel de destaque à atuação da Previdência Social, devido a sua situação particular neste regime, de canal quase que exclusivo de relação entre Estado e classes subalternas.

O Ministro da Previdência Social fala na Escola Superior de Guerra (ESG) sobre o tema:

> "Reduzir as grandes desigualdades ainda existentes no país, ampliar a área de atendimento das necessidades sociais da população em termos das escolas, habitação, níveis sanitários básicos, proteção médica e previdenciária – eis o que se impõem prioritariamente ao país, como pressuposto necessário ao processo de distensão política que caracteriza o movimento atual. A revolução precisa institucionalizar-se politicamente, por fórmulas que garantam sua continuidade e ao mesmo tempo a conciliem com o alargamento do campo das liberdades civis e políticas, num trabalho para o qual se faz necessário o apelo à imaginação criadora de nossos intelectuais e homens públicos. Mas para a estabilidade das fórmulas encontradas é necessário que se processe, também conscientemente, o desenvolvimento social do país, condição indispensável à estabilidade das próprias soluções políticas" (3).

A incorporação das políticas sociais na estratégia governamental vai exigir que a Previdência Social assuma pepel de destaque e que, portanto, intensifique sua atividade assistencial. Em outras palavras, as alterações na conjuntura política criam uma situação tal que passa a demandar o fortalecimento da opção pela seguridade social. E, mais do que isso, exige uma intensificação deste modelo através do aumento crescente da cobertura e ampliação dos benefícios.

Uma série de medidas legais e de caráter administrativo são tomadas neste sentido durante este período. A primeira delas é a própria criação do Ministério da Previdência e Assistência Social – MPAS – em 1974. A elevação a nível de ministério é vista como um fortalecimento da Instituição:

> "O Presidente Geisel deu com a iniciativa da criação do MPAS, inequívoca demonstração de interesse do seu Governo pela Previdência Social, e ao empossar o primeiro titular da nova Pasta ressaltou que a medida evidenciava o alto nível de prioridade que se quer atribuir à dimensão social do próprio processo de desenvolvimento nacional" (3).

Na verdade é só depois da criação do MPAS que fica estabelecida a definição de competência entre o Ministério da Saúde e a Previdência Sicial. De 1964 a 1974, o que vemos é o conflito constante entre os dois e a luta intestina pela posse das contribuições previdenciárias. No II PND, são definidos os campos de atuação, sendo "o do Ministério da Saúde de caráter eminentemente normativo com ação executiva preferencialmente voltada para as medidas e os atendimentos de interesse coletivo, inclusive vigilância sanitária" e "o do Ministério da Previdência Social e Assistência Social, com atuação voltada principalmente para o atendimento médico-assistencial individualizado" (4).

Além da criação do Ministério, outra medida de fortalecimento institucional e de importância no campo da saúde foi a vinculação ao MPAS da Central de Medicamentos (CEME), destinada, entre outras coisas, a fornecer medicamentos à Previdência Social a custos reduzidos.

A Legislação Previdenciária sofre alterações que cada vez mais a aproximam do pólo por nós caracterizado como o modelo da seguridade social. Senão vejamos:

- Lei nº 6.136, de 07.11.74, que incluiu o salário-maternidade entre as prestações da Previdência Social, visando a retirar das empresas o ônus do pagamento desse benefício e a evitar a discriminação da mulher no mercado de trabalho;
- Lei nº 6.179, de 11.12.74, que instituiu o amparo previdenciário para os maiores de 70 (setenta) anos e para os inválidos que tenham algum tempo contribuído para a Previdência Social ou tenham exercido, mesmo sem contribuir, atividade vinculada à Previdência;
- Lei nº 6.195, de 19.12.74, que atribuiu ao Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural (FUNRURAL) a concessão de prestações por acidentes do trabalho aos rurícolas;

- Lei nº 6.211, de 14.12.75, que extinguiu as contribuições sobre os benefícios da Previdência Social e restabeleceu o pagamento da aposentadoria integral aos aposentados que tenham retornado ou que retornarem à atividade.

- Lei nº 6.226, de 14.16.75, que instituiu a contagem recíproca de tempo de serviço público federal e de atividade privada para efeito de aposentadoria;

- Lei nº 6.243, de 24.09.75, que regulou a concessão de pecúlio ao aposentado que retorne à atividade e ao que ingressar na Previdência Social após completar 60 (sessenta) anos de idade;

- Lei nº 6.309, de 15.12.75, que alterou a organização do Conselho de Recursos da Previdência Social, visando a imprimir maior rapidez à decisão dos recursos de interesse dos beneficiários e demais contribuintes.

Outro aperfeiçoamento legislativo da maior relevância foi a reunião de toda a legislação previdenciária na consolidação das Leis da Previdência Social, expedida pelo Decreto nº 77.077, de 24 de Janeiro de 1976 (5).

A tendência à seguridade social é clara nesta legislação, que, cada vez mais, passa a dar assistência a pessoas fora de força de trabalho, ampliando também seus benefícios de uma forma geral. Com relação à assistência médica isto se manifesta como exigência de atendimento à demanda crescente, dado o caráter redistributivista apresentado pelos serviços de natureza assistencial.

No entanto, como vimos no início deste texto, a situação da Previdência com relação à assistência médica apresenta-se crítica, do que decorrem os seguintes impasses: a) o modelo vigente de compra de serviços ao setor privado é altamente oneroso, favorecendo a corrupção e ameaçando o equilíbrio financeiro da instituição; b) as demandas originadas a partir da crise econômica e política que atravessa o país, exigem uma crescente ampliação dos serviços médicos; c) a impossibilidade de retornar ao modelo de prestação de serviços via setor próprio da Previdência, face aos compromissos já assumidos com o setor privado (como ficou demonstrado com a frustada experiência do Sr. Seixas na presidência do INPS) (6).

Frente a este impasse, a solução encontrada é uma solução reformista, que tenta controlar as disfunções mais aberrantes do modelo vigente, criando condições que possibilitem a continuidade da expansão, sem no entanto alterar a substância mesma do modelo. Analisemos cada uma destas medidas:

1 - Criação da empresa de processamento de dados da previdência social - DATAPREV - instrumento de controle das contas hospitalares apresentadas pelos hospitais contratados.

A criação deste mecanismo de controle vem dificultar a apropriação indevida dos recursos, embora mantenha inalterados os pilares do modelo - compra de serviços aos produtores privados com pagamento na base de unidades de serviços - e também nada possa fazer inicialmente contra os problemas surgidos pela articulação dos interesses privados no interior do INPS.

> "Para isto, teria de tomar conhecimento de situações muito peculiares: em um município do norte fluminense, o coordenador médico, também cirurgião credenciado pelo INPS, encaminha, como coordenador, doentes para ele, cirurgião, que opera, prepara a fatura e encaminha para ele próprio que, como coordenador, aprova e determina o pagamento que, ele próprio, recebe e dá quitação" (7).

Mesmo não sendo possível controlar todas estas situações, a existência deste mecanismo de controle vai provocar constantes atritos com o setor privado. Assim, torna-se matéria freqüente nos jornais o número de contas rejeitadas por irregularidades (cerca de 20%), as acusações dos proprietários de hospitais de que o INPS está atrasando o pagamento destas contas com sérias conseqüências para o serviço, e ainda as denúncias do presidente do INPS sobre o espantoso número de internações desnecessárias.

[illegible]

[illegible]

[illegible]

A ênfase no setor conveniado no entanto não pode ser vista como uma alternativa ao setor contratado. Pelo contrário, trata-se de uma diferenciação do Complexo Previdenciário que, na realidade ajuda a manter a hegemonia do setor contratado, escoando a demanda excessiva. O setor conveniado permanece pequeno frente ao contratado como podemos observar na Tabela V do capítulo anterior.

Além disso, a maior parte dos convênios é estabelecida com empresas sendo que este tipo de convênio foi por nós abordado quando tratamos o setor privado, no capítulo anterior, dado as funções específicas que ele atende. Os demais convênios, com sindicatos, prefeituras, governos estaduais e universidades também cumprem funções próprias relativas à natureza de cada uma destas instituições – tais como desvirtuamento do papel do sindicato, transformando-o em órgão assistencial, formação de recursos humanos, etc. – mas podem ser agrupados em um mesmo conjunto cuja função primordial é permitir a expansão dos serviços médicos previdenciários a custos mais baixos que o setor contratado.

Para isto estão atentos os representantes do setor privado como a Federação Brasileira de Hospitais que, "em ofício dirigido ao Ministro da Previdência e Assistência Social dentro da sua linha de colaboração e interpretando a filosofia do Sistema Nacional de Saúde e por um dever de consciência, desaconselha e, mesmo condena, a celebração de convênios do INPS com Estados e Municípios para prestação de assistência médico-hospitalar, que viria acarretar entre outros, os seguintes efeitos nocivos: má utilização dos recursos, retrocesso do sistema estatístico, influência político-eleitoral e pulverização dos recursos" (9).

Uma análise mais detalhada da dinâmica e funcionamento dos convênios bem como das articulações das diversas instituições com a Previdência será apresentada no relatório da pesquisa de campo. Por ora, gostaríamos de destacar e analisar separadamente os convênios com Universidades (Convênios MEC/INPS) devido à sua especificidade e importância na formação da mão-de-obra para o trabalho em saúde.

2.A - Convênios MEC-INPS.

A integração entre os hospitais universitários e a Previdência Social tem início logo depois da criação do INPS, através do Decreto-lei nº 63341, de 1º de outubro de 1968, "onde se determinava que o Instituto Nacional de Previdência Social reservasse parte substancial de seus recursos aos hospitais de clínica" (10), sendo, no entanto, que os convênios só vêm a ser firmados a partir de 1971 (11).

O tipo de convênio proposto a esta época não diferia do modelo geral adotado pela Previdência, contratos de prestação de serviços com pagamento na base de unidades de serviço, que favorecem o produtor privado e propiciam um superfaturamento.

Ao que parece, tais convênios atendiam a duas finalidades básicas:

1. Expansão da cobertura que, obedecendo à filosofia imperante no INPS, deveria ser feita primordialmente através da compra de serviços a terceiros. Nesta função, não difere de qualquer outra modalidade de serviço comprado pela Previdência.

2. Formação de recursos humanos adaptados à nova realidade médico-assistencial brasileira. Neste ponto, distingue-se a especificidade dos convênios firmados com hospitais universitários que, junto à reformulação curricular (12), "se apresentava como um operador corretivo das deformações universitárias, estabelecendo a existência de uma defasagem entre a prática médica em exercício no país, plena de mudanças, e o ensinamento universitário que se mostrava alheio às transformações em curso" (13).

A inserção da formação profissional dentro dos moldes da prática previdenciária, constituindo-se um Sistema de Educação Aberta como Sub-Sistema do Sistema de Saúde (4), é justificada tanto em termos da carência de locais para estágio e internado quanto em função da hegemonia do Complexo Previdenciário no âmbito da prática médica: "Na qualidade de maior usuário de médicos do País, qualquer sistema de aprendizagem implantado no INPS que vise elevar o nível técnico do pessoal no setor saúde, principalmente na área médica, bem como proporcionar treinamento e pós-graduação, reverterá em imediato proveito para a própria Instituição, que esta-

rá investindo seriamente, não só no setor saúde, como na mão-de-obra especializada de que tão urgentemente necessita" (15).

Na verdade o que está por trás de toda esta reformulação — e mesmo explícito nos textos legais — é a falácia do modelo da medicina liberal, ensinado nas escolas, frente a uma realidade do exercício da prática médica onde o Complexo Previdenciário (serviços próprios, contratados e conveniados) reserva ao médico o lugar de assalariado.

Cecília Donnangelo, analisando as formas de participação no mercado de trabalho, mostra o progressivo assalariamento do profissional médico e, ao mesmo tempo, a manutenção da aspiração por maior autonomia como negação da condição de assalariado.

> (As concepções valorizando o trabalho autônomo) ... "constituem um importante componente do processo de socialização dos médicos, permeando mesmo toda a sua formação escolar e incorporando-se às normas sustentadas por seu código ético e suas associações profissionais. A aproximação, quase identificada, estabelecida por essas concepções entre realização profissional no trabalho e autonomia no mercado, deve responder em parte pelo conteúdo das expectativas manifestadas pelos profissionais com relação a formas futuras de integração no mercado, entre as quais avulta a aspiração a formas de trabalho independente" (16).

A autora identifica ainda estas concepções como "poderoso fator de pressão sobre as alternativas de organização do mercado" (16). Sendo o setor previdenciário o elemento organizador deste mercado, e tendo em vista as alterações disto decorrentes na prática médica, mudando a estrutura nosológica da demanda, os padrões de tratamento e o locus institucional, o que se exige é uma formação profissional adaptada a estas novas condições.

Em resumo, os convênios iniciais com os hospitais universitários objetivavam atender às necessidades do INPS de expansão de cobertura e de formação de uma mão-de-obra adaptada às exigências da prática médica predominante, sem que o cumprimento destes objetivos se contrapusesse à lógica imperante baseada na privatização e lucratividade.

No entanto, os convênios estabelecidos nestas bases vão

entrar em choque com as finalidades de ensino e pesquisa, gerando conflitos entre o INPS e os representantes dos hospitais de ensino.

Assim, o INPS passa a reclamar dos elevados custos do atendimento nos hospitais universitários, dos dilatados tempos médicos de permanência, dos diversificados e numerosos exames complementares. Os diretores dos hospitais, por sua vez, reclamam da rigidez dos controles do INPS, da falta de flexibilidade dos convênios, da ausência de liberdade de atuação para o cumprimento dos seus programas didáticos (17).

O Hospital de Clínicas da UERJ apontava os seguintes inconvenientes nos convênios: 1) Não eram globais e excluíam da prestação de serviços muitas especialidades em que o Hospital das Clínicas era bem melhor aparelhado do que a maioria dos hospitais privados. 2) Não incluíam o atendimento ambulatorial, fazendo com que os doentes (ficassem) internados por mais tempo para preparo cirúrgico, impedindo ainda o seguimento após a alta. 3) Não davam ao hospital autonomia de internação. 4) O INPS pagava aos médicos do hospital através de tabelas especiais por serviços prestados, criando-se por isso um sistema de distorção salarial (18).

Esta situação permanece até 1974, quando é firmado um protocolo (24/10/74) entre os Ministros de Educação e Previdência Social, visando à integração dos hospitais de ensino nos programas de assistência médica da Previdência Social.

Nesta época, o representante do Presidente do INPS na XII Reunião Anual da ABEM (SP, setembro de 1974) apresenta os quesitos da nova política do INPS para com os convênios com hospitais universitários:

1. Os hospitais universitários e os de ensino deverão ter prioridade absoluta para efeito de contratos e convênios do INPS com terceiros para prestação de serviços médicos.

2. Os contratos e convênios do INPS com os hospitais universitários e os de ensino não podem nem devem ser idênticos aos contratos firmados com Casas de Saúde e outras entidades privadas.

3. Na avaliação dos indicadores técnicos dos hospitais universitários e os de ensino, deverão ser levados em conta não apenas

os aspectos assistenciais, mas, sobretudo, as repercussões das atividades didáticas e de pesquisa (18).

A minuta padrão do novo convênio MEC/INPS substituía o sistema de pagamentos por unidades de serviços por um subsídio mensal em função do número e do tipo das altas hospitalares, estabelecendo ainda incentivos ao atendimento ambulatorial, à medicina preventiva, à saúde mental e prioridade para prestação de serviços especiais.

A reformulação do sistema de pagamentos dos serviços prestados altera significativamente o quadro acima descrito. Em primeiro lugar, ao buscar solucionar os conflitos que vinham impedindo a integração de fato entre hospitais e INPS. Por outro lado, dá uma nova dimensão às funções cumpridas por tais convênios. Se o convênio, na forma anterior, objetivava a expansão da cobertura e a formação de mão-de-obra, a nova forma, distinta do padrão de compra de serviços pelo INPS, revela-se como a única maneira possível de dar continuidade à expansão da cobertura.

As mudanças propostas só podem ser entendidas no quadro geral de desenvolvimento da assistência médica previdenciária, que, em 1974, configura-se como crítico. A adoção do modelo de privilegiamento do produtor privado, com a compra de serviços médicos pagos na base de unidades de serviços, acarretou uma situação de desequilíbrio financeiro e instabilidade do sistema. Por outro lado, mudanças na conjuntura política definem uma estratégia nacional onde as políticas sociais são consideradas prioritárias. O impasse criado se deve ao fato de que não é possível sustar o crescimento e expansão dos serviços médicos previdenciários e nem é possível dar continuidade a esse processo dentro do modelo adotado até este momento. Por outro lado, os compromissos assumidos com os produtores privados de serviços impedem uma alteração mais profunda que signifique uma ruptura com o modelo vigente de compra de serviços.

A solução encontrada foi a de criar novas formas de articulação entre Previdência e instituições prestadoras de serviços, configurando um sub-sistema diferenciado dentro do Complexo Previdenciário, ao mesmo tempo em que são mantidos os compromissos anteriormente assumidos. Assim, as novas formas de convênio não anulam os antigos, antes se colocam, lado a lado, como alternativas

a serem escolhidas pelos prestadores de serviços.

No caso do protocolo MEC/INPS de 1974 foi estabelecido um subsídio mensal, pago pelo INPS, em função das altas hospitalares. No entanto, permanece como alternativa de escolha o convênio feito na base de pagamento por unidades de serviço.

Apesar do novo convênio atender as reivindicações (19) por melhores condições para ensino e pesquisa, poucos são os hospitais que optam por esta modalidade de convênio.

> "Morosamente, 25 das 75 escolas firmaram, até o presente, o Convênio – embora apenas cerca de uma dúzia o esteja executando na plenitude – com o agravante de nenhuma escola do Estado de São Paulo tê-lo feito; sabe-se, ainda, que muitas escolas dispõem de mais de um hospital de ensino" (10).

Esta situação aparentemente paradoxal vem a ser explicada em função das vantagens pessoais auferidas por alguns professores universitários através dos rendosos contratos de prestação de serviços:

> "É que alguns membros do corpo docente são proprietários de casas de saúde contratadas pelo INPS. Outros, trabalhando no próprio hospital de ensino recebem dupla remuneração: uma representada pelo salário pago pela faculdade; outra pelo mesmo serviço, no mesmo horário, pago pelo INPS, diretamente, na conta bancária. Outros ainda, credenciados do INPS em hospitais particulares, entendem que o hospital universitário não deve fazer concorrências à rede privada" (20).

Acresce-se a isto o fato de que o cálculo base para os subsídios mensais representa diminuição substancial da receita hospitalar, se comparado ao pagamento por unidade de serviços, como demonstra o levantamento a seguir:

QUADRO COMPARATIVO ENTRE A REMUNERAÇÃO POR SERVIÇOS PRESTADOS E A REMUNERAÇÃO POR ALTA (CONVÊNIO UNIVERSIDADE) EM 3 HOSPITAIS SELECIONADOS (10)

| HOSPITAIS | TIPO DE PAGAMENTO | |
|---|---|---|
| | Serviços Prestados | Convênio Universidade |
| H. São Paulo | 6.034.634,75 | 3.199.350,00 |
| H. Santa Lucinda | 1.141.032,75 | 899.540,00 |
| H. de Clínicas de Taubaté | 789.105,21 | 343.990,00 |
| H. São Paulo (Ambulatório) | 660.289,94 | 721.280,00 |

3 - Normatização

Retornando ao nosso raciocínio sobre os mecanismos de correção introduzidos após 1974, vimos até agora a criação da DATAPREV e a ampliação do Setor Conveniado.

Em terceiro lugar, dentre as medidas reformistas propostas, está a tentativa de normatizar e regular o Complexo Previdenciário através basicamente do Plano de Pronta Ação - PPA - e também todo o sistema de saúde do país através do projeto do Sistema Nacional de Saúde - SNS.

A simples leitura do sumário do conjunto de Portarias e Resoluções que compõem o PPA nos dão uma clara visão de seu caráter meramente disciplinador, definindo as atribuições de cada um dos setores componentes do sistema de prestação de assistência médica previdenciária e estabelecendo as rotinas de funcionamento.

Assim, destina os hospitais próprios da previdência social à prestação de assistência de alta especialização e à pesquisa e aperfeiçoamento. O atendimento médico em geral será feito incentivando-se os convênios com empresas, com a União, os Estados e as Prefeituras e credenciamento de médicos particulares nos subúrbios das grandes cidades, e ainda contratos de serviços com cooperativas médicas.

PLANO DE PRONTA AÇÃO

| Nº DE ORDEM | ATO | ASSUNTO | DS/DG |
|---|---|---|---|
| 1 | Portaria nº MPAS 39, de 5-9-74 | Aprova PPA. | 198/74 |
| 2 | Portaria nº MPAS 78, de 10-10-74 | Dispõe sobre o credenciamento de entidades prestadoras de serviços de assistência médica e hospitalar, e dá outras providências. | 235/74 |
| 3 | Portaria nº MPAS 79, de 10-10-74 | Disciplina os Convênios com empresas empregadoras. | 235/74 |
| 4 | Portaria nº MPAS 143, de 23-1-75 | Disciplina as providências a serem adotadas em relação às unidades contratadas e a médicos, por omissão de atendimento | 45/75 |

| Nº DE ORDEM | ATO | ASSUNTO | DS/DG |
|---|---|---|---|
| 5 | Portaria nº MPAS 158, de 18-2-75 | Disciplina o atendimento das emergências clínicas e cirúrgicas. | 49/75 |
| 6 | Convênio entre o MPAS e o MEC | Objetiva a integração dos hospitais de ensino nos programas de assistência médica da Previdência Social. Anexos: Protocolo assinado pelos dois Ministros e a Minuta do Convênio. | 230/74 68/75 |
| 7 | Portaria nº SSM-M-8, de 18-2-75 | Autoriza às empresas o uso dos seus próprios modelos de prontuários de antecedentes pessoais e de exames clínicos. | 61/75 |
| 8 | Resolução nº INPS-900.10, de 17-2-75 | Convênio com empresas empregadoras - benefícios, perícias médicas e acidentes de trabalho - Anexos I a VIII. | 36/75 |
| 9 | Resolução nº INPS-900.11, de 4-4-75 | Normas específicas para o credenciamento de entidades médicas prestadoras de serviços para fins de convênio. | 64/75 |
| 10 | Orientação de Serviço nº SAM-399.53, de 4-2-75 | Reformula o Serviço de Primeiro Atendimento (SPA). | 36/75 |
| 11 | Orientação de Serviço nº SAM-399.54, de 4-2-75 | Regulamenta o credenciamento de médicos, individualmente ou organizados em clínicas, em seus consultórios para o atendimento de segurados e dependentes do INPS. | 36/75 |
| 12 | Orientação de Serviço nº SAM-399.55, de 4-2-75 | Regulamenta a opção por instalações hospitalares especiais. | 36/75 |
| 13 | Orientação de Serviço nº SAM-399.56, de 4-2-75 | Destinação dos Hospitais próprios. | 36/75 |
| 14 | Orientação de Serviço nº SAM-399.57, de 18-2-75 | Convênio com empresas para prestação de Assistência Médica - Anexos I a III. | 36/75 |
| 15 | Orientação de Serviço nº SAM-399.58, de 20-2-75 | Disciplina as atividades de saúde comunitária nas Unidades Médico-Assistenciais do INPS. | 36/75 |
| 16 | Orientação de Serviço nº SAM-3074, de 10-4-75 | Estabelece normas para prestação de assistência odontológica. | 77/75 |
| 17 | Orientação de Serviço nº SAM-399.62, de 20-4-75 | Estabelece normas específicas para o credenciamento de entidades médicas prestadoras de serviços para Fins de Convênio. | 85/75 |

| Nº DE ORDEM | ATO | ASSUNTO | DS/DG |
|---|---|---|---|
| 18 | Orientação de Serviço nº SAM-399.63, de 6-5-75 | Estabelece normas referentes à construção, ampliação e adaptação de imóveis destinados a Unidades Médico-Assistenciais. | 86/75 |
| 19 | Orientação de Serviço nº SAM-399.65, de 23.06.75 | Atendimentos de Emergência. Republicada c/o BS/DS 132/75, NOTA, por ter sofrido alterações. | 120/75 |

O PPA revela ainda o caráter contraditório próprio do tipo de seguridade por nós adotado ao homogeneizar a população quanto ao primeiro atendimento nos ambulatórios próprios, de forma que não seja preciso nem mesmo ser segurado inscrito no INPS, e, em seguida, diferenciá-lo, introduzindo o critério da livre escolha do profissional e estabelecendo o reembolso destas despesas pela Previdência, até o limite fixado em suas tabelas.

Este plano é apresentado como mero articulador de todos os possíveis serviços de assistência médica vinculados à previdência sendo que, nos "consideranda " que introduzem a Portaria nº MPAS 39 é justificado pela necessidade de que a estratégia do Governo, na sua expansão progressiva, exija "atuação prioritária fundada em programação flexível, coerente e conjugada de todos os agentes prestadores de assistência médico-sanitária" (21).

O que fica claro, no entanto, é que, por trás da aparente falta de hierarquia entre os diferentes setores prestadores de assistência médica, há uma nítida hegemonia dos serviços privados, sendo mantidos os instrumentos essenciais à continuidade do modelo em curso: (...) "embora o Plano de Pronta Ação da Previdência Social, aprovado em setembro de 1974, seja apresentado como destituído de definição de política assistencial, a sua implantação, rotulada como pragmática, atribui prioridade à privatização da medicina, privilegiando a medicina de mercado, a medicina de lucro" (22).

Portanto, as duas características básicas do PPA são, por um lado, seu caráter normatizador e, por outro, seu cunho nitidamente privatista. Esta análise do PPA nos remete ao frustrado Plano Nacional de Saúde, do Ministro da Saúde Leonel Miranda, de 1968.

Este plano pretendeu atribuir a responsabilidade da assis-

tência médica ao setor privado, transferindo-lhe as funções até então garantidas ao setor público, bem como canalizar os recursos do setor público para o setor privado. O Plano arvorava-se em defensor da medicina liberal prevendo uma tal descentralização que esvaziava toda interferência direta do Estado na organização e direção dos serviços. Além desta "descentralização", estipulava que a assistência médica seria parcilamente custeada pelo usuário e atribuía-lhe o direito de livre escolha (23).

O PNS foi abandonado depois de algumas tentativas experimentais que demonstraram sua inviabilidade financeira. Foi, no entanto, a tentativa mais límpida do setor privado de articulação de seus interesses em torno de um projeto comum. O aparecimento de um projeto orgânico de tal nível só pode ser explicado em função de uma realidade mais ampla, na qual o capital financeiro assume a hegemonia de tal forma que sua aplicação em setores de serviços torna-se mais lucrativa do que mesmo no setor secundário. É neste contexto que a prestação de assistência médica vem se inserir no ciclo de reprodução do capital, possibilitada que foi a criação de um núcleo empresarial nesta área através dos recursos repassados da Previdência.

O PPA, embora mantendo a linha geral privatizante do PNS, vem a ser formulado em outra conjuntura, apresentando já os sinais das diversas crises, o que explica seu caráter menos expressivo e orgânico dos interesses de um grupo. Fala-se agora de articulação de todos os recursos ficando oculta a hegemonia assegurada ao setor privado.

É importante observar que a ideologia veiculada em todas estas tentativas ministeriais de planejamento e normatização (PPA, SNS, etc.), assenta suas bases no quadro teórico fornecido pela Teoria dos Sistemas. A nível da Previdência Social, o PPA é a expressão mais recente e definitiva desta orientação na qual as diferentes partes integrantes do todo são organizadas harmonicamente em um único sistema. É exatamente esta a noção que busca dar homogeneidade e harmonia ao Complexo Previdenciário de prestação de assistência médica, desconhecendo as especificidades de cada um de seus componentes e as divergências e contradições entre eles.

Assim, fala-se em uma estratégia "flexível, coerente e con-

gregada", pressupondo-se uma identidade dos diferentes componentes quanto a seus objetivos e modos de funcionamento. São deixadas de lado as diferenças fundamentais que vimos apontando entre, por exemplo, os serviços próprios e os serviços contratados. Ignora-se ainda que cada sistema é regido por uma lógica diferente, sendo que o setor contratado se rege pela lucratividade, o setor de convênio com a medicina de grupo pela produtividade aliada à lucratividade e ainda a determinação ideológica dos serviços próprios e conveniados com o setor público.

O mais importante a ser observado é que a ausência de uma hierarquização, supondo um ajustamento natural entre partes que são contraditórias, mantêm inalteradas as condições de funcionamento atual, garantindo assim a continuidade do modelo hegemônico em funcionamento.

Se, ao nível da Previdência Social, o PPA é a última evidência desta orientação sistêmica, ao nível da saúde como um todo a formulação do projeto do Sistema Nacional de Saúde obedece os mesmos princípios.

A SNS (Lei nº 6229, de 17 de julho de 1975) é constituído de "complexo de serviços, do setor público e do setor privado, voltados para ações de interesse da saúde... organizados e disciplinados nos termos desta lei, abrangendo as atividades que visem a promoção, proteção e recuperação da saúde" (24).

Na exposição de motivos que encaminha o projeto da Lei nº 6229, é identificada a necessidade de participação de várias áreas ou setores com técnicas diferentes para dar conta da problemática da saúde. Estas diferentes áreas deverão ser ordenadas e harmonizadas para garantia da eficácia do sistema. As deficiências neste campo são atribuídas à "dispersão de esforços e indefinição de competência das entidades públicas e privadas ligadas ao Setor, e que as desempenham descoordenadamente e mesmo competindo entre si" (25).

O objetivo do projeto em questão é: "organizar todas as atividades voltadas precipuamente para a saúde, integrando-as num conjunto harmônico que se denominou SNS". Para tanto, deverá: a) definir de modo claro e preciso as competências específicas de cada Ministério com responsabilidade no campo da saúde; b) conciliar as atividades dos diferentes componentes; c) ratificar o CDS como

órgão coordenador do sistema; d) dar ênfase à elaboração de programas regionais integrados; e) instituir medidas destinadas a preencher lacunas na rede de recursos médicos. Dentro desta filosofia, são definidas as competências ministeriais nos seis artigos que compõem a Lei.

> "O primeiro artigo define-ratifica os campos de ação dos Ministérios da Saúde, Previdência e Assistência Social, Educação e Cultura, Interior, Trabalho; Estados e Municípios.
>
> Ao Ministério da Saúde compete formular a política nacional de saúde e promover ou executar ações de interesse coletivo, cabendo-lhe: a) elaborar e orientar a execução de planos de proteção da saúde e de combate às doenças transmissíveis; b) elaborar normas técnico-científicas de promoção, proteção e recuperação da saúde; c) assistir o Governo na formulação da política nacional de alimentação e nutrição; d) coordenar a ação de vigilância epidemiológica e manter a vigilância de portos, fronteiras e aeroportos; e) efetuar o controle de drogas, medicamentos e alimentos para consumo humano; f) fixar normas e padrões pertinentes a cosméticos, saneantes, perfumaria, etc.; g) fixar normas e padrões para prédios e instalações de saúde; h) avaliar o estado sanitário da população; i) avaliar os recursos científicos e tecnológicos disponíveis para melhorar a saúde, considerando a viabilidade de seu emprego; j) manter fiscalização sanitária sobre as condições em que se exercem as profissões de saúde; l) exercer controle sanitário sobre as migrações humanas.
>
> O Ministério da Previdência e Assistência Social volta-se para o atendimento médico-assistencial individualizado, cabendo-lhe: a) elaborar planos de prestação de serviços às pessoas; b) coordenar o subsistema de prestação de serviços às pessoas; c) credenciar, para integrarem o subsistema público, instituições de finalidade não-lucrativa, que prestam serviços de saúde às pessoas; d) prestar diretamente serviços de saúde às pessoas ou contratá-los com entidades de fins lucrativos ou não, sujeitando-as à fiscalização permanente; e) experimentar novos métodos terapêuticos e novas modalidades de prestação de assistência, avaliando sua adequação; f) fixar, em colaboração com o Ministério da Saúde, normas para prestação de serviços às pessoas a serem observadas pelas entidades vinculadas ao Sistema; g) promover medidas de redução dos custos de medicamentos de comprovada eficácia, inclusive subvencionando a aquisição ou distribuindo gratuitamente.
>
> O Ministério da Educação e Cultura é responsável pela formação e habilitação do pessoal necessário ao

setor, cabendo-lhe: a) orientar a formação de pessoal para atender às necessidades de saúde, em quantidade e qualidade; b) zelar para que os hospitais universitários proporcionem elevado padrão de ensino e aperfeiçoamento, bem como prestem serviços às suas comunidades; c) orientar as universidades para que se capacitem a participar da avaliação e planejamento das atividades regionais de saúde.

Ao Ministério do Interior cabe atuar nas áreas de saneamento, radicação de populações, desenvolvimento regional integrado e assistência na vigência de calamidade pública, tendo por atribuições: a) realizar saneamento ambiental, ampliar o abastecimento de água e a rede de esgotos, em consonância com os planos de saúde e articulado ao Ministério da Saúde; b) orientar a política habitacional no sentido de que nela se contemplem as necessárias condições de higiene da moradia.

O Ministério do Trabalho é responsável por: higiene e segurança do trabalho, prevenção de acidentes e doenças do trabalho, regulamentação das profissões de saúde e demais questões específicas, desenvolvimento de programas de preparação de mão-de-obra para o setor saúde.

Às unidades federativas (estado, Distrito Federal e territórios) compete: a) instituir, em caráter permanente, o planejamento regional integrado de saúde, articulado ao plano federal; b) integrar suas atividades ao Sistema; c) criar e operar os serviços básicos do Sistema; d) criar e operar as unidades de saúde do subsistema estadual, em apoio aos municípios; e) assistir técnica e financeiramente aos municípios para que operem os serviços básicos de saúde.

São atribuições dos municípios: a) manter os serviços de saúde de interesse da população local, em especial, pronto-socorro; b) manter a vigilância epidemiológica; c) articular seus planos e serviços com os estaduais e federais, integrando-os ao Sistema.

O artigo segundo prevê que o Conselho de Desenvolvimento Social apreciará a política nacional de saúde (tarefa do Ministério da Saúde, bem como os programas dos diferentes Ministérios, compatibilizados com as diretrizes dos Planos Nacionais de Desenvolvimento.

O parágrafo único deste artigo estabelece que, para fins programáticos, os planos serão classificados numa destas áreas:

a) área de ação sobre o meio ambiente - combate aos agressores naturais ou artificiais; proteção hídrica; criação de áreas verdes; abastecimento de alimentos; remoção de dejetos e demais obras de engenharia sanitária.

b) área de prestação de serviços às pessoas - proteção e recuperação da saúde pela aplicação de medidas individuais ou coletivas.

c) área de apoio - delineamento dos problemas prioritários; planejamento de ações necessárias; capacitação de recursos humanos; produção e distribuição de drogas.

O artigo terceiro explicita as ações da União, em termos próprios e supletivos. Reservam-se como ações próprias, em colaboração com os estados e municípios: combate às endemias e epidemias; casos de calamidade pública; ações de caráter pioneiro. As ações do campo de saúde individual serão partilhadas com as entidades privadas.

O artigo quarto estabelece que na elaboração de planos e programas devem ser definidos e esquematizados mecanismos de coordenação intersetorial para aumento da produtividade, melhor aproveitamento de recursos e de meios.

No artigo quinto, fica determinado que os componentes do Sistema elaborarão programas regionais, integrando os recursos físicos, humanos e financeiros, de modo a organizá-los segundo hierarquia técnica condizente com a área assistida, a partir do levantamento dos problemas epidemiológicos e do diagnóstico da situação. A gerência deste processo, a nível estadual, caberá à Coordenadoria Regional de Saúde, do Ministério da Saúde, com vistas à conjugação de esforços para elaboração de programas que integrem harmonicamente as atividades preventivas, curativas e de reabilitação.

O artigo sexto determina que a construção ou ampliação de unidades de saúde deve obedecer aos padrões mínimos fixados e ao preenchimento de lacunas observadas na rede do Sistema. Estes serão os critérios para a liberação de créditos visando ainda a reformas ou compra de equipamento." (26)

A versão original do projeto do Sistema Nacional de Saúde foi elaborada por uma equipe de técnicos do MPAS, sob a supervisão do Dr. Murillo Villela Bastos e tinha como premissa básica que "a proteção da saúde de um povo depende essencialmente de ação social organizada, e organizar a ação social é uma atribuição do Governo dentre as competências do Estado" (27). Este documento, comunicação dirigida à V Conferência Nacional de Saúde, apresentava como sinopse da situação atual:

a) objetivos - produção de serviços pagos; satisfação da clientela; lucro;
b) definição de atribuições - confusa; descoordenada; conflitante;

c) controle e avaliação - aleatórios; episódicos; estatísticas de produção de atos numerosos ou de justificação de gastos;
d) processo decisório - a cargo de inúmeras entidades públicas e privadas, sem definição de níveis de competência ou de responsabilidade;
e) dispêndio de recursos - disperso, mal conhecido; sem programação por objetivos; sem controle;
f) clientela - mal identificada; várias categorias com diferentes direitos.

Concluía identificando o sistema atual como "insuficiente, descoordenado, mal distribuído e inadequado às reais necessidades da maioria, condições que fazem nossa organização sanitária pouco eficaz e de baixa eficiência na solução dos problemas de saúde ainda prevalecentes no País" (27).

Criticando a filosofia liberal que impediu que o governo assumisse as funções devidas, deixando-as quase inteiramente por conta da iniciativa privada, e identificando estas como as causas da situação atual diagnosticada, o relatório propõe como solução a formulação de um plano geral, coordenado pelo setor estatal.

A posição "estatizante" do relatório é assim expressa:

> "Um sociólogo que estuda o problema já afirmou que, antes do fim do século, todos os países deverão ter estatizado seus serviços de saúde. Parece, assim, que mais do que em qualquer outra área de atividade humana, com a possível excessão da educação, o liberalismo total falhou como doutrina de eficiência na condução das atividades humanas" (27).

Além da definição de objetivos a nível governamental tal projeto se define como uma nova política, cuja opção por um modelo de prestação de serviços próprios, hierarquizados e regionalizados é absolutamente incompatível com o modelo até então adotado de privilegiamento do produtor privado. Assim, se o projeto original mantinha uma certa unidade e coerência, na sua formulação oficial apresenta-se prenhe de ambiguidades, visando compatibilizar modelos incompatíveis, de forma a permitir a interpretação que aprouver ao leitor.

A discussão que se impõe é sobre o papel da chamada tecnocracia na formulação dos planos oficiais. Outra discussão que se vincula a esta, neste caso, diz respeito à perspectiva de estatização. Assim vemos, neste caso concreto, que as boas intenções dos técnicos e as soluções propostas no sentido de um planejamento global levado a cabo pelo Estado deixam de levar em conta as articulações deste Estado com as classes na sociedade civil. O Estado não é uma abstração, mas antes define-se nas relações concretas com as classes em pugna.

A Lei nº 6229 é a expressão desta ambiguidade que tem lugar no seio do Estado, entre a perspectiva normatizadora estatizante e os poderosos interesses do setor privado. Outros documentos oficiais expressam a mesma dubiedade:

> "A Política Nacional de Saúde opta pela organização da prestação de serviços de saúde em forma sistêmica, não monopolista, pluri-institucional, com participação ativa inclusive da iniciativa privada" (28).

Se a noções teóricas da teoria de sistemas servem para escamotear os conflitos, na prática eles continuam a ser demonstrados como no caso da impossibilidade de regulamentação da Lei nº 6229.

Na VI Conferência Nacional de Saúde a exposição sobre o tema Política Nacional de Saúde conclui que:

> "De uma forma geral, as formulações da Política Nacional de Saúde até aqui emitidas, formal ou informalmente, em documento unificado ou em disposições esparsas, não conseguiram atingir seus objetivos, principalmente por carecerem de outros importantes órgãos do Sistema, especialmente os de igual hierarquia, caindo assim no esquecimento antes mesmo que produzissem frutos" (29).

Na realidade, se não foram atingidos os objetivos de integração e organização dos diversos componentes do sistema, e se também não foram atingidos os confusos objetivos definidores de uma política nacional de saúde, é inegável o caráter ideológico da proposição do SNS. Podemos entender este projeto como uma proposta de articulação a nível ideológico, formulada pelo grupo de técnicos representantes dos interesses não-hegemônicos na área de saúde.

2436

5. Criação de novos mecanismos institucionais

O processo de institucionalização que se inicia com a criação do MPAS tem sua continuidade reafirmada nas formulações normativas do PPA e do SNS e vem buscar sua realização efetiva através da criação do SINPAS.

O projeto que reformula o sistema de Previdência Social institui o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social - SINPAS, subordinado ao MPAS, com as finalidades de concessão e manutenção de benefícios e prestação de serviços, custeio de atividades e programas, gestão administrativa, financeira e partimonial. Ou seja, são mantidas as mesmas funções que hoje são desempenhadas por diversas instituições, vinculadas ou não ao Sistema Previdenciário (INPS, IPASE, FUNRURAL, LBA, FUNABEM). Foram criadas as seguintes autarquias vinculadas ao MPAS: Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social - INAMPS e o Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social - IAPAS.

Integram o SINPAS as seguintes entidades: Instituto Nacional de Previdência Social - INPS; Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social - INAMPS; Fundação Legião Brasileira de Assistência - LBA; Fundação Nacional do Bem Estar do Menor - FUNABEM; Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social - DATAPREV; Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social - IAPAS.

Integra também o SINPAS, na condição de órgão autônomo da estrutura do MPAS, a Central de Medicamentos - CEME. São definidas as competências atribuindo-se, ao INPS, a concessão de benefícios, ao INAMPS, a prestação de Assistência Social à população carente, e, ao IAPAS, toda a atividade financeira do sistema.

O ante-projeto da lei que institui o SINPAS, na sua fase de tramitação no Congresso, sofreu sérias críticas e pressões. Estas críticas partiam principalmente dos parlamentares arenistas vinculados ao meio rural, para os quais a extinção do FUNRURAL representaria perda de um instrumento político capaz de dar um mínimo de legitimidade, e conseqüentemente de votos, ao partido governista. A solução encontrada foi de manutenção da sigla FUNRURAL, apesar de sua extinção.

Outra fonte de pressões foi a Federação Brasileira de Hospitais, representando os empresários do setor privado, que se viam ameaçados com a existência do artigo 25 de tal ante-projeto. Este artigo reza:

> "Art. 25º - Em caso de calamidade pública, perigo público iminente ou ameaça de paralização das atividades de interesse da população a cargo das entidades do SINPAS, o Poder Executivo poderá requisitar os bens e serviços essenciais à sua continuidade, assegurado ao proprietário indenização ulterior" (30).

A possibilidade de requisição de hospitais particulares pelo Estado levou a FBH a protestar imediatamente, sendo este assunto amplamente noticiado na imprensa.

As pressões exercidas pela FBH, levaram o Ministro a afirmar, também pela imprensa, que esta seria chamada a opinar sobre o artigo 25, de tal forma que seus interesses fossem resguardados através da introdução de critérios mais definidos para a ação do executivo ali prevista.

A criação do SINPAS pode ser compreendida no processo de crescente tendência à universalização e à adoção do modelo de seguridade. De certa forma, o que ocorre aqui é uma repetição do processo ocorrido com a promulgação do LOPS e criação do INPS. A uniformização e unificação foi primeiramente legalizada através da Lei Orgânica, embora fosse mantida a estrutura institucional fragmentária dos institutos, inviabilizando assim sua real efetivação. Só seis anos depois da promulgação da LOPS, em outra conjuntura social e política, tornou-se possível a criação dos mecanismos institucionais necessários à conservação do projeto de uniformização e unificação, com a criação do INPS. Da mesma forma, a opção pelo modelo da seguridade passa também a ser claramente expressa a nível de discurso e conseqüentemente o seu projeto de universalização (31).

No entanto, alguns problemas aparecem em função da Previdência Social estar até aqui estruturada tecnicamente a partir do modelo do seguro social e optar cada vez mais pela seguridade. Como vimos anteriormente, na discussão sobre seguro social e seguridade, a opção por um ou outro modelo tem como conseqüência necessária a reestruturação institucional.

O próprio MPAS manifesta-se sobre este problema:

> "Em paralelo, como definição política do Governo, a previdência continuará a caminhar para a universalização ou a seguridade social, evoluindo em cobertura e abrangência, onde toda a população estará assistida em suas necessidades fundamentais. No seguro social, está no sistema quem contribui. Na seguridade entra no sistema quem necessita. Esta evolução terá necessariamente que ser acompanhada pela redefinição das fontes de custeio. Os benefícios pecuniários estarão sempre sujeitos às taxas de riscos com limitações e compromissos definidos. Os serviços não estão sujeitos aos mesmos critérios, devendo ser entendidos como compromisso da sociedade como um todo, onde uns indivíduos financiam os outros, diluindo-se o custo individual" (5).

Ora, o que ocorre é que se torna necessário romper a ligação entre seguro social e assistência social (ou serviços) instaurada no início do século. Como vimos, na década de 20, o Estado ainda não possuía um projeto articulado para o setor previdenciário. Por força das pressões operárias, passam a ser incorporadas às mesmas instituições previdenciárias (as Caixas de Aposentadorias e Pensões) reivindicações de natureza diversa, tais como concessão de benefícios e prestação de serviços de assistência médica.

A incompatibilidade só vem a ser sentida de forma crucial quando se faz a opção pela seguridade. Ora, a seguridade implica uma certa postura do Estado frente aos cidadãos, comprometendo-se a fornecer-lhes o mínimo necessário à sobrevivência independentemente de qualquer vinculação trabalhista, pelo simples fato de serem cidadãos. Já na Previdência Social, a concessão de benefícios se rege pela lógica dos modelos atuariais, onde o total de contribuições é fundamental para que a previsão das concessões não desequilibre o sistema.

Pois bem, a expansão da cobertura no sentido da universalização não pode ser feita às custas das contribuições previdenciárias, sem que isto resulte na falência da instituição previdenciária. A própria concessão de assistência médica aos previdenciários teve que ter seus custos limitados a um teto oficial de ?? para que não crescesse a ponto de colocar em risco a concessão dos benefícios.

Portanto, para universalizar a assistência médica, tal como é entendida aqui a seguridade, torna-se necessário: a) separá-la do setor de benefícios; b) conseguir novas fontes de receita.

O projeto de SINPAS vem atender à primeira condição, separando INPS, IAPAS e INAMPS. Neste mesmo projeto, aventura-se a hipótese de conseguir recursos adicionais através da participação direta dos beneficiários no custeio dos serviços médicos prestados (32).

Finalmente, resta lembrar que a criação do INAMPS é mais um passo no sentido da seguridade: desvinculando a assistência médica da previdência "stricto sensu", é possível torná-la universal desde que seja assegurada a designação de novos recursos para tal fim. Outro ponto a ser lembrado é que a criação destes novos mecanismos institucionais em nada altera a posição assumida de claro privilegiamento dos produtores privados.

Em termos de tendências o que se pode prever é que a tendência para a seguridade parece ser confirmada a cada momento como uma demanda explícita da situação política por que passa o regime, tornando-se cada dia mais irreversível. No entanto, como não se trata de um modelo definido a partir da participação dos interessados, torna-se difícil prever o seu curso. O que se pode dizer é que este modelo será adotado dentro dos limites impostos pelos interesses dos grupos que podem pressionar o aparelho estatal.

Como o explicita o Sr. Presidente do INPS:

> "Em realidade existem quatro grandes setores influentes nas decisões em relação à assistência médica: as empresas de prestação de serviços de saúde, a indústria farmacêutica, a indústria de equipamentos e o pessoal das equipes de saúde.
>
> Em meio às pressões desses setores, às necessidades da população e às possibilidades do país, terão que ser estabelecidos os caminhos para a assistência médica tendo como objetivo a elevação dos níveis de saúde da população. Desconhecer esses campos de força é trabalhar fora da realidade" (33).

Mudanças conjunturais no sentido redemocratizante tenderão a colocar a população como elemento de força no jogo de forças políticas definidoras da linha de ação previdenciária. A introdu-

ção deste novo elemento no jogo de forças que define a política de assistência médica provavelmente reafirmará a adoção do modelo de seguridade, mas espera-se também o surgimento de conflitos em face da tendência privatizante da Previdência.

NOTAS E BIBLIOGRAFIA


1 - SINGER, P. A crise do "Milagre". Paz e Terra, 1976.

2 - POULANTZAS, N. A crise das ditaduras.

3 - NASCIMENTO E SILVA. Conferência na Escola Superior de Guerra, publicada na revista Segurança e Desenvolvimento.

4 - BRASIL - II PND.

5 - STEPHANES, R. "A Previdência Social Urbana e o INPS", Conferência do Presidente do INPS na ESG, setembro, 1976, MPAS/INPS.


6 - Nesta gestão prevalece o incentivo à utilização das instalações próprias do INPS. Neste período, o Secretário de Assistência Médico-Social, Dr. Aroldo Moreira, elaborou a Portaria nº 48, de 21/6/72, de cunho nitidamente antiprivatizante. Este documento privilegia a prestação de assistência médica nos serviços próprios e estabelece uma hierarquia para estabelecimento de convênios com outras instituições, na qual os serviços do setor privado constam como hipótese derradeira.

Neste período verifica-se um pequeno decréscimo nos gastos com a compra de serviços a terceiros, que é, no entanto, insignificante e passageira, ficando a Portaria nº 48 em desuso.

DESPESAS COM ASSISTÊNCIA MÉDICA

| Ano | % de Serviços Comprados |
|---|---|
| 1969 | 93,05 |
| 1970 | 92,39 |
| 1971 | 91,80 |
| 1972 | 86,97 |
| 1973 | 85,82 |

*Fonte: INPS.*

2442

[illegible]

[illegible]

[illegible]

O surgimento desta perspectiva antiprivatizante dentro do INPS pode ser entendido se nos remetermos a situação geral de uma crise que já se anunciava e também à corrupção reinante na instituição. A gestão em questão aparece como moralizadora frente ao caos para o qual caminha a Previdência.

Maiores detalhes no estudo de Travassos (nota 23).

7 - MELLO, C.G. "A morte de um segurado". In: Saúde e assistência médica no Brasil. CEBES - Hucitec, 1977.

8 - MTPS - Assistência Médica na Previdência Social - Secretaria de Assistência Médico-Social, 1973.

9 - MELLO, C.G. "A irracionalidade da privatização da medicina previdenciária". In: Saúde e assistência médica no Brasil. CEBES - Hucitec, 1977.

10 - LANDMAN, J. & QUADRA, A.A.F. "Convênio MEC/INPS: fato, fábula e fantasia." (memeo.)

11 - MTPAS - Assistência Médica na Previdência Social, 1973.

12 - O projeto de reformulação curricular propõe as seguintes diretrizes:

a) À prática médica vigente, voltada para o indivíduo enfermo, contrapõe a noção de saúde da comunicade.

b) Ao objetivo de restauração da saúde do indivíduo, contrapõe o de preservação e promoção da saúde do indivíduo e da comunidade.

c) Identifica o modelo de medicina liberal (preocupado com a restauração das condições orgânicas individuais) como sendo historicamente ultrapassado.

d) Propõe novo impulso ao desenvolvimendo da Saúde Pública.

13 - Parecer nº 506/69: Currículo Mínimo dos Cursos de Graduação em Medicina, aprovado em 11/07/69 - MEC.

14 - PEREIRA, A.T.S. & BIRMAN, J. "As relações entre o saber e a prática médica". IMS, 1976 (mimeo).

15 - MTPS - Coordenação da Assistência Médica com o Sistema Universitário, 1973.

16 - DONNÂNGELO, C. Medicina e Sociedade. São Paulo, Pioneira, 1975.

17 - MELLO, C.G. "A Previdência Social e os hospitais de ensino, o Convênio INPS/UEG". Rio de Janeiro, 1975 (mimeo.).

18 - LANDMANN, J. "Os hospitais universitários e o Convênio MEC-Previdência Social", Rev. Brasileira de Medicina 32(3), março, 1975.

19 - Na XIII Reunião do Conselho da Associação Brasileira de Escolas Médicas é aprovado por unanimidade documento que reza: "A implantação do Convênio MEC e Previdência Social deve merecer apoio integral e se estender a todos os hospitais de ensino...".

20 - MELLO, C.G. "A irracionalidade da privatização da medicina previdenciária, in Saúde e assistência médica no Brasil, CEBES, Hucitec, 1977.

21 - BRASIL - Port. nº MPAS 39 - Plano de Pronta Ação.

22 - MELLO, C.G. "O Sistema Nacional de Saúde - Proposições e Perspectivas", in Saúde e Assistência Médica no Brasil, CEBES, Hucitec, 1977.

23 - TRAVASSOS, C.M.R. "Estudo da Política de Assistência Médica na Previdência Social - 1968 - 1976", in LUZ, M.T. et al. As Instituições Médicas no Brasil, op. cit.

24 - BRASIL - Lei nº 6229.

25 - Exposição de Motivos nº 001 - CDS de 5/2/75.

2444

26 - QUADRA, A.A.F. & CORDEIRO, H. "Sistema Nacional de Saúde", Revista Residência Médica.

27 - MPAS - Sistema Nacional de Saúde, agosto, 1975.

28 - SEIXAS, J.C. Ministério da Saúde, 1976.

29 - AZEVEDO, A.C. "Política Nacional de Saúde", VI Conferência Nacional de Saúde, 1977.

30 - Íntegra do Projeto que reformula o Sistema da Previdência Social no país.

31 - "Se considerarmos que, entre ativos e dependentes, apenas um percentual reduzido da população continua desassistida pela Previdência Social (aí incluídos 1.200.000 autônomos não-inscritos por falta de motivação e 1.500.000 empregados domésticos cujos níveis de remuneração ainda não os estimularam a contribuir para o INPS), a conclusão será de que, dentro em breve, alcançaremos a universalização da Previdência Social no Brasil, graças a medidas já adotadas ou por adotar nesse sentido" (Nascimento Silva, citado na nota 3.).

32 - Art. 6º Parágrafo2º: O Poder Executivo poderá instituir um esquema de participação direta dos beneficiários em função do seu nível de renda, no custeio dos serviços médicos de que se utilizarem e dos medicamentos que lhes forem fornecidos em ambulatório.

33 - V. nota 5.

## III. INVESTIGAÇÃO DE CAMPO

– um estudo de caso no município de Campinas –

A pesquisa de campo foi realizada por Cristina Pomas.

Na investigação sobre Sindicatos participaram:

- Aloisio Mercadante Oliva
- Eduardo Pereira Nunes
- Marcia Pereira das Neves
- Virginia Ana Porto Pereira Nunes.

# Í N D I C E


I - INTRODUÇÃO

II - METODOLOGIA

III - CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO

IV - ORGANIZAÇÃO SOCIAL DA MEDICINA NO MUNICÍPIO
- Rede Pública e Rede Privada -

V - I.N.P.S. - 1976 -

VI - SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO - DRS-5

VII - SECRETARIA DE SAÚDE DA PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS

VIII - SINDICATOS

IX - QUESTIONÁRIOS

# I. INTRODUÇÃO

A investigação de campo em Campinas teve como principal objetivo fornecer subsídios para a discussão teórica elaborada no decorrer da pesquisa, particularmente no que diz respeito à natureza das articulações entre medicina e sociedade.

Os principais obstáculos para o trabalho empírico em andamento foram de ordem técnica, pela falta de material sistematizado e de dados sobre a prática médica no município. Quase todo o material coletado exigia que se recorresse a fontes primárias de dados, quando estas existiam, e os diferentes critérios adotados pelas instituições consultadas dificultava uma análise comparativa dos mesmos, dada sua heterogeneidade.

Nesse sentido, a precariedade de sistema de informações relativo ao setor saúde foi um aspecto que nos chamou de imediato a atenção e que julgamos da maior importância para um estudo crítico sobre o tema.

Procuramos, desta forma, extrair o máximo de informações dos dados existentes, tentando assim dar início a um mapeamento do setor saúde no município, o que adquire ainda maior importância quando levamos em conta que se trata de um dos mais conceituados centros médicos do país.

Acreditamos assim que o presente trabalho é menos importante pela precisão do material coletado, dadas as limitações que a realidade dos serviços de saúde do município impôs, que pela metodologia que pretendeu adotar, ou seja, buscar, numa análise em profundidade do setor saúde em uma dada região, subsídios para uma melhor compreensão das relações entre o sistema de saúde e a sociedade. Através desta abordagem seria, ao nosso ver, possível determinar os efeitos concretos de uma dada política de saúde, adotada em âmbito nacional, sobre a vida dos indivíduos em uma realidade particular. Trata-se pois de explicitar a lógica do funcionamento das diferentes instituições que operam na atenção médica e verificar seu impacto sobre as condições de saúde dos diferentes grupos sociais.

Nossa principal dificuldade com relação a este aspecto consistiu na impossibilidade de efetuar um estudo preciso da demanda

dos diferentes serviços de saúde e de seus fluxos, pela já mencionada deficiência do sistema de coleta de dados dos serviços. Surpreendeu-nos a constatação das deficiências dos mapas de produção em qualquer dos serviços da rede, no município: em nenhum deles há um registro confiável de dados dos mais elementares como ocupação do paciente ou mesmo o diagnóstico.

Por outro lado, foi-nos possível levantar um material considerável no que diz respeito ao volume e à natureza das atividades realizadas pela rede de serviços, tanto ao nível ambulatorial quanto hospitalar.

Assim, com relação à demanda, contamos apenas com dados gerais sobre morbidade e mortalidade para um período determinado para o conjunto da população. Embora relevantes, sem dúvida, tais dados expressam apenas as condições médicas de saúde da população, impedindo determinar sua especificidade nos diferentes grupos sociais, quer por sua posição no sistema produtivo, pela ocupação, quer espacialmente pela determinação das condições ambientais de saneamento da área urbana em que residem.

Pretendemos desta forma que os resultados aqui relatados sejam compreendidos como etapa inicial de um programa de investigações em andamento na região de Campinas, cujo principal objetivo consiste em criar uma linha de pesquisa que permita fundamentar o debate teórico atual com relação às alternativas de atuação no setor saúde.

## II - METODOLOGIA

O critério de escolha do município de Campinhas como área de estudo de caso fundamentou-se nas condições especialmente favoráveis que este oferece para uma análise do impacto que um processo acelerado de industrialização exerce sobre as condições de vida, de trabalho, e conseqüentemente de saúde, da população, além de permitir, por outro lado, compreender de que forma este impacto repercute sobre a organização de trabalho médico voltado para os diferentes setores populacionais.

Tais condições resumem-se nos seguintes fatores:

1. Neste município, de densidade populacional média, combinam-se as múltiplas formas em que se organiza o trabalho médico, em suas modalidades privadas, públicas ou mistas.

2. O município é tradicionalmente considerado o mais importante Centro Médico do Estado de São Paulo e possui entidades consideradas como padrão de organização empresarial médica e que foram as primeiras do gênero.

3. O município possui um importante parque industrial, o que permitiria um estudo em profundidade do sistema previdenciário.

Um ponto importante a ser destacado aqui é a impossibilidade de um estudo isolado do município de Campinas, sem levar em conta os demais municípios que compõem sua zona de influência, conforme mostra o estudo de Keller (1), em uma investigação destinada a delimitar a zona de influência predominante de Campinas, que abrangia, já em 1967, cerca de 70 cidades paulistas e mais de 15 do sul de Minas Gerais. A subordinação destas cidades a Campinas foi constatada, no referido trabalho, a partir de diferentes indicadores, dentre os quais o intercâmbio comercial, o deslocamento de mão-de-obra, o papel do mercado municipal de Campinas como distribuidor de alimentos para a região, a influência cultural pelo consumo de jornais de Campinas e o deslocamento de alunos para estabelecimentos de ensino do município e, finalmente, o consumo de serviços, dos quais a assistência médica já aparecia como importante fator de atração.

Em recente trabalho da Fundação IBGE sobre a Região Sudeste (2), a amplitude desta zona de influência fica evidenciada quando se constata que Campinas comanda uma vasta rede de centros, dos quais cinco são centros classificados como de nível 3, ou seja, centros sub-regionais que constituem em geral cidades intermediárias entre o centro regional e as localidades menores. Estes cinco centros são Piracicaba, Poços de Caldas, Guaxupé, Rio Claro e São João da Boa Vista. Além destes, Campinas comanda mais vinte centros classificados como de nível 4, ou seja, centros locais que distribuem em uma pequena área bens e serviços de consumo mais frequente.

Para dar conta da amplitude da zona de influência abrangida, a investigação de campo realizou um mapeamento preliminar da região de Campinas, apontando em linhas gerais suas principais características tanto geográficas quanto produtivas. Tais informações permitiriam em um primeiro momento delinear um quadro da estrutura produtiva na região bem como da composição da mão-de-obra nela engajada, o que ao nosso ver contribuiria para um posterior estudo da demanda de serviços médicos.

Em uma segunda fase, empreendeu um levantamento da rede de serviços médico-assistenciais no município, abrangendo a inter-relação entre o sistema público e o sistema privado de prestação de serviços, descrevendo os recursos disponíveis e as modalidades de serviços produzidos. Nesta etapa, foram utilizados dados da Previdência Social, da Secretaria de Saúde do Estado, da Secretaria de Saúde da Prefeitura Municipal de Campinas, dos Sindicatos dos Trabalhadores e dados da própria rede privada, quer através da Previdência Social como importante financiador do sistema médico privado, quer com entrevistas com empresários da área médica ou com médicos nas indústrias da região.

A terceira etapa do trabalho apresenta os dados existentes sobre morbidade e mortalidade na região, que contrastam fortemente com o considerável volume de recursos médico-assistenciais existentes, o que permite retomar aqui a contradição apontada já nos primeiros capítulos da pesquisa, quando mostrávamos, com dados para o país todo, que o atual sistema de prestação de serviços médicos tem pouco a ver com a realidade sanitária da maior parte da população.

Finalmente, na quarta e última etapa do trabalho de campo, realizou-se um levantamento em todos os sindicatos de trabalhadores do município. O objetivo deste levantamento era verificar em que medida os órgãos representativos de classe, subordinados à orientação governamental no sentido de estímulo ao chamado "sindicato de serviços" expresso no Programa de Valorização da Ação Sindical, criado pelo Ministério do Trabalho em 1970, estavam se pautando por aquela orientação e qual o controle que tais órgãos de classe mantinham sobre as condições de saúde e de assistência médica do trabalhador.

A opção pela abertura de uma frente de investigação nos sindicatos foi uma exigência que se impôs quando se constatou, no decorrer da pesquisa, que uma simples análise do funcionamento dos serviços médicos existentes não explicaria a real dimensão do complexo médico-assistencial em sua multiplicidade de formas de atuação e de articulação dos diferentes sistemas de prestação de serviços mediados pelos órgãos governamentais, quer pela Previdência Social, através dos convênios entre indústrias e empresas médicas, quer pelo Ministério do Trabalho, através dos serviços de Medicina do Trabalho, visando a redução dos acidentes, ou dos convênios com Sindicatos, para a prestação de serviços, obedecendo às diretrizes do Programa de Valorização da Ação Sindical.

Na medida em que os dados sobre a demanda são precários e incompletos na rede de serviços médicos, tanto pública quanto privada, os órgãos representativos de classe constituíam a única via possível de acesso a tais informações com respeito à cobertura médica de seus associados. Teoricamente esta alternativa teria apenas um inconveniente incontornável, que seria a impossibilidade de se avaliar o nível de cobertura médica à população trabalhadora não sindicalizada, em condições de sub-emprego ou de trabalho temporário.

Nossos dados irão mostrar, contudo, que mesmo esta alternativa via órgãos de classe para avaliar a demanda da população sindicalizada era inviável, dada a precariedade da organização sindical no município de Campinas, mesmo no que diz respeito às necessidades assistenciais de seus associados.

O trabalho de campo foi realizado por duas equipes sob nossa coordenação. Uma das equipes concentrou-se na organização

social da assistência médica no município, coletando dados das diferentes instituições de saúde tanto no setor público como no privado. A outra equipe efetuou o levantamento dos sindicatos de trabalhadores da região, para tentar obter dados sobre a cobertura médica da classe trabalhadora, nos diferentes setores produtivos e por grau de qualificação, o que permitiria compensar a inexistência de dados relativos à ocupação da clientela em quaisquer dos serviços da rede de saúde no município.

## III. CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO

O município de Campinas, atualmente com uma população estimada em torno de 600.000 habitantes, é o maior centro comercial e industrial do interior de São Paulo, possuindo duas grandes Universidades, o maior centro médico-hospitalar e o maior entroncamento rodo-ferroviário do Estado. Situa-se a 100 km da Capital do Estado, ocupando uma área de 790,40 $km^2$, dos quais 74,92 $km^2$ constituem seu perímetro urbano. Em 1970, de acordo com os dados censitários, sua população era de 375.864 habitantes, dos quais 335.756 concentrados na região urbana e 40.108 na zona rural. A taxa média anual de crescimento da população no período 1960-1970 foi de 6% ao ano, o que já constituía uma taxa maior do que a média brasileira no mesmo período. Atualmente, estima-se que, tomando como base uma população atual de 600.000 habitantes, a taxa média anual de crescimento no período 1970-1977 tenha sido aproximadamente de 9% ao ano.

Como já vimos, o intenso crescimento verificado nos últimos vinte anos teve sua origem no processo de industrialização ali desencadeado e que intensificou o fluxo migratório de grandes contingentes populacionais da região Sudeste, de Minas Gerais e do Nordeste, em busca de melhores oportunidades de emprego.

O aumento progressivo da população previdenciária expressa o intenso crescimento empresarial da região. Para avaliá-lo basta citar que, durante 1975, foram matriculados, no INPS, 3.741 empresas e expedidas 6.423 matrículas para construção de casa própria, nos sete municípios abrangidos pela Agência Campinas.

Com base em projeções do crescimento populacional realizadas pela Agência Local do INPS, o Quadro I mostra a população da região com estimativas até o final da década. As projeções relativas ao município de Paulínia são limitadas pois as estimativas para toda a região foram realizadas com base nos censos de 60 e 70, quando a instalação da Refinaria do Planalto e do complexo de indústrias a ela ligadas ocorreu a partir de 1972.

De acordo com os dados censitários de 1970, 76,8% da população do município situava-se na categoria economicamente ativa (com mais de 10 anos), da qual 16,6% estavam vinculados a atividades industriais.

AGÊNCIA DE CAMPINAS

ESTIMATIVA DA POPULAÇÃO URBANA E PREVIDENCIÀRIA

1975/1980

QUADRO I

| MUNICÍPIOS | 1975 | | 1976 | | 1977 | | 1978 | | 1979 | | 1980 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | URBANA | PREVID. | URBANA | PREVID. | URBANA | PREVID. | URBANA | PREVID. | URBANA | PREVID. | URBANA | PREVID. |
| CAMPINAS | 470.389 | 423.800 | 502.103 | 451.900 | 535.390 | 481.900 | 570.881 | 513.800 | 608.726 | 547.900 | 649.075 | 584.200 |
| COSMÓPOLIS | 10.712 | 9.600 | 11.064 | 10.000 | 11.428 | 10.300 | 11.804 | 10.600 | 12.192 | 11.000 | 12.593 | 11.300 |
| JAGUARIÚNA | 5.872 | 5.300 | 5.989 | 5.400 | 6.109 | 5.500 | 6.231 | 5.600 | 6.356 | 5.700 | 6.485 | 5.800 |
| MONTE MOR | 5.793 | 5.200 | 5.927 | 5.300 | 6.064 | 5.500 | 6.205 | 5.600 | 6.348 | 5.700 | 6.495 | 5.800 |
| PAULÍNIA | 11.043 | 9.900 | 14.015 | 12.600 | 17.955 | 16.200 | 23.195 | 20.900 | 30.176 | 27.200 | 39.495 | 35.500 |
| SUMARÉ | 26.352 | 23.700 | 28.532 | 25.700 | 30.892 | 27.800 | 33.448 | 30.100 | 36.216 | 32.600 | 39.219 | 35.300 |
| VALINHOS | 28.020 | 25.200 | 29.992 | 27.000 | 32.102 | 28.900 | 34.361 | 30.900 | 36.778 | 33.100 | 39.360 | 35.400 |
| TOTAIS | 558.681 | 502.700 | 597.622 | 537.900 | 639.940 | 576.100 | 686.125 | 617.500 | 736.792 | 663.200 | 792.722 | 713.300 |

2455

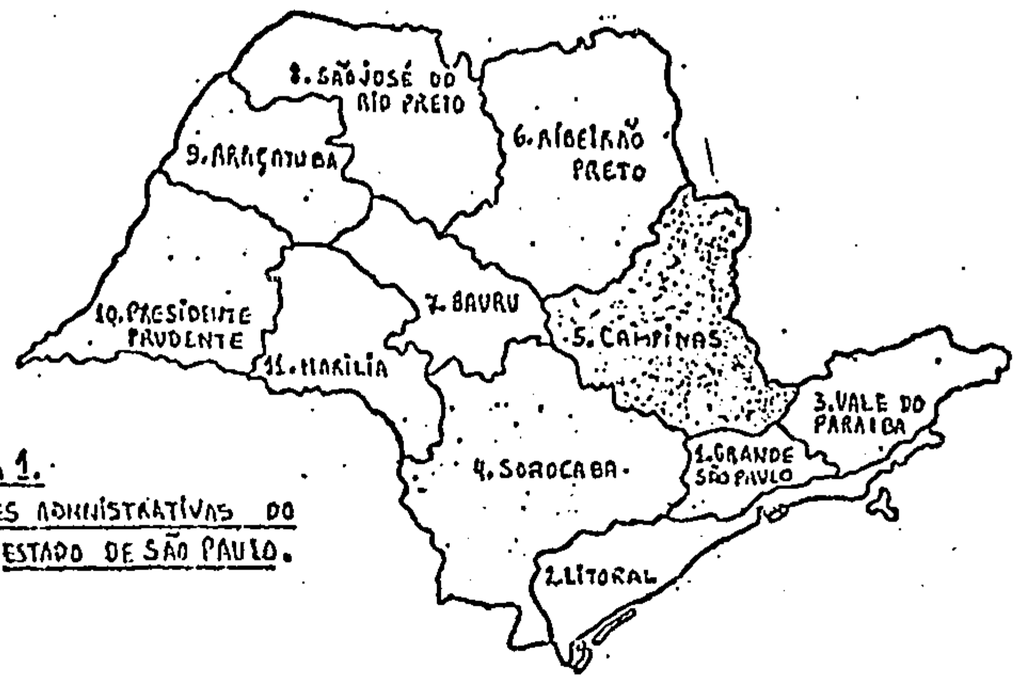



FIGURA 1.
REGIÕES ADMINISTRATIVAS DO ESTADO DE SÃO PAULO.

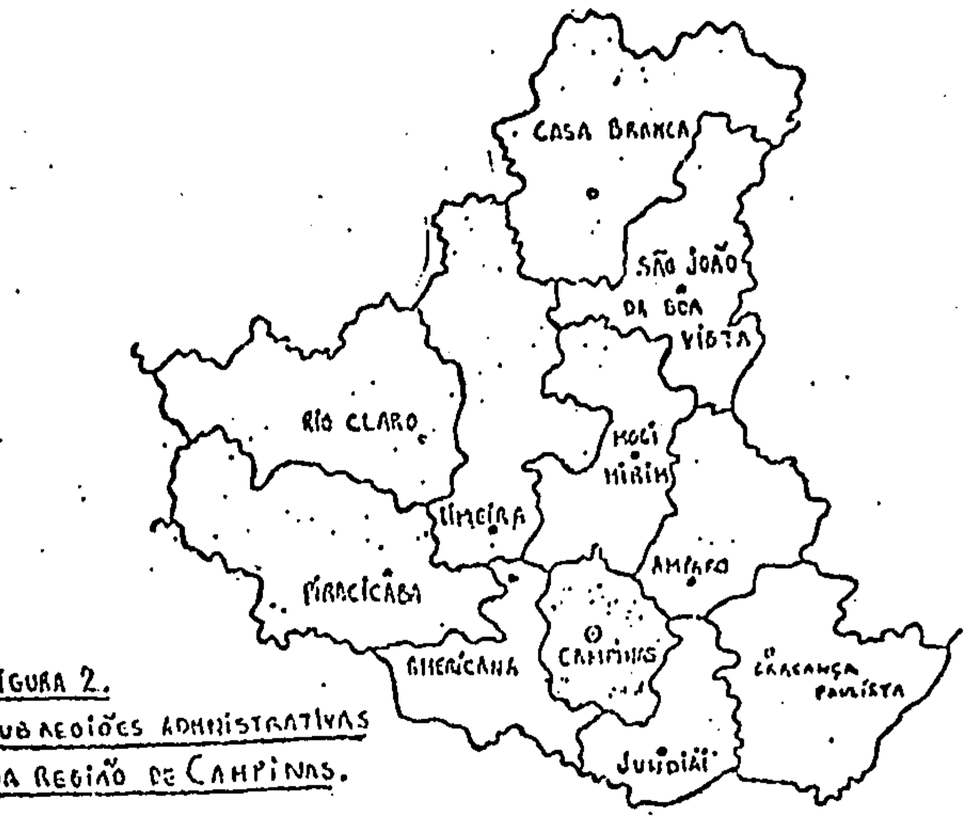



FIGURA 2.
SUB REGIÕES ADMINISTRATIVAS DA REGIÃO DE CAMPINAS.

Embora concentre menos de 11% de sua população na área rural, o município possui uma produção agrícola considerável, contando, em 1972, com 1.957 estabelecimentos agrícolas, cujo valor da produção em 1971 tinha sido aproximadamente de Cr$ 16.495.870,00, de acordo com dados fornecidos pela Prefeitura Municipal (3). Ainda segundo tais dados, os principais produtos, de acordo com a área plantada em 1972 eram:

| | |
|---|---|
| algodão . . . . | 2.900 hectares |
| laranja . . . . | 2.100 hectares |
| café . . . . . | 2.000 hectares |
| milho . . . . . | 1.400 hectares |
| arroz . . . . . | 960 hectares |
| cana . . . . . | 300 hectares |

Ainda segundo a Prefeitura Municipal de Campinas (3), a estrutura de empregos da população urbana em 1972 apresentava a seguinte distribuição:

setor secundário - 24% da forca de trabalho
setor terciário - 76% da força de trabalho

Embora a Fundação IBGE destaque como principal atividade de Campinas a indústria de transformação e beneficiamento, cabe ressaltar aqui a importância do setor serviços no município, uma vez que, paralelamente à expansão da industrialização, ocorreu um vertiginoso aumento das atividades comerciais. A atividade comercial no município cresce a uma taxa mais alta do que na capital do Estado – 10% ao ano no período entre 1959 e 1965, contra apenas 5% entre 1950 e 1959. Em 1972, já existiam em Campinas 53 agências bancárias, que contavam com um todal de depósitos no valor de Cr$ 1.050.000.000,00 aproximadamente (3).

O município de Campinas é capital regional da região de Campinas, a qual está dividida em 11 sub-regiões, abrangendo 83 municípios. A população da região alcançava, em 1972, o total de 2.500.000 habitantes, o que equivale a 12% da população estadual.

Os movimentos migratórios internos são intensos, destacando-se as sub-regiões de Campinas, Jundiaí, Piracicaba e Limeira

como grandes recebedoras dos contingentes de população (4).

Embora tradicionalmente agrícola, a região vem sofrendo atualmente uma crescente expansão industrial, e um progressivo declínio do contingente rural de sua população, paralelamente a um acelerado processo de urbanização. O declínio da população rural vem ocorrendo, contudo, sem prejuízo da alta produção agrícola, bastante diversificada e subordinada a uma tecnologia cada vez mais moderna. Atualmente a região é considerada a principal área canavieira do Estado.

A região conta com um importante parque industrial, uma vez que a saturação na expansão industrial da capital do Estado fez com que ela (particularmente o município de Campinas) emergisse como atraente alternativa no movimento do crescimento industrial da capital para o interior do Estado, em um eixo que se estende na direção de Jundiaí-Campinas-Ribeirão Preto, configurando-se portanto como área de descentralização da Grande São Paulo.

Ainda com relação às condições favoráveis da região para o processo de expansão industrial, cabe destacar, como um importante fator de atração, a instalação da Refinaria do Planalto, da Petrobrás, em Paulínia, a 20km de Campinas, a partir de sua implantação em 1973, o que veio favorecer a constituição de um importante parque petroquímico naquela localidade.

Estrutura industrial e mão-de-obra no município de Campinas

O grande surto industrial do município, favorecido pela infra-estrutura rodoviária e de serviços urbanos, transformou-o no principal centro industrial do interior de São Paulo, com 17,4% do pessoal ocupado em indústrias na região (5).

A comparação da estrutura industrial de Campinas com a de São Paulo e a do Brasil, apresentada em recente pesquisa do CTAE (6), revela em Campinas uma densidade maior de grandes empresas, conforme indicam os dados das tabelas abaixo:

QUADRO I

DISTRIBUIÇÃO DO NÚMERO DE ESTABELECIMENTOS INDUSTRIAIS SEGUNDO O TAMANHO

(em percentuais)

| Pessoal Ocupado | Campinas 1973 | São Paulo 1970 | Brasil 1970 |
|---|---|---|---|
| Até 99 | 92,5 | 95,3 | 97,2 |
| 100 a 499 | 5,9 | 4,0 | 2,4 |
| 500 e mais | 1,6 | 0,7 | 0,4 |
| TOTAL | 100,0 | 100,0 | 100,0 |

*FONTE: CTAE/UNICAMP.*

Quando tomamos dados relativos ao emprego gerado pelos estabelecimentos industriais, o mesmo padrão de distribuição se mantêm, como mostra o quadro abaixo, onde mais uma vez fica ressaltata a significativa presenta da grande empresa na estrutura industrial de Campinas, no que diz respeito ao volume de pessoal ocupado.

QUADRO II

DISTRIBUIÇÃO DO EMPREGO GERADO PELOS ESTABELECIMENTOS INDUSTRIAIS SEGUNDO O TAMANHO

(em percentuais)

| Pessoal Ocupado | Campinas 1973 | São Paulo 1970 | Brasil 1970 |
|---|---|---|---|
| Até 99 | 23,7 | 39,6 | 46,5 |
| 100 a 499 | 21,9 | 32,4 | 29,6 |
| 500 e mais | 54,4 | 28,0 | 23,9 |
| TOTAL | 100,0 | 100,0 | 100,0 |

*FONTE; CTAE/UNICAMP*

Desta forma, é importante destacar que a maior parte d... emprego gerado no setor industrial em Campinas concentra-se nas gran...

des empresas, uma vez que os estabelecimentos de maior tamanho, termos globais, com 1,6% do número total de estabelecimentos no município, absorvem mais da metade da mão-de-obra ocupada (54,4%).

O emprego industrial de Campinas cresceu cerca de três vezes entre 1959 e 1973, quando o total de pessoas ocupadas passou de 15.730 para 45.695. O maior crescimento ocorreu no período 1970/73 (86%) enquanto que, entre 1959/70, a taxa foi de 63%, conforme mostra o quadro abaixo:

ÍNDICES E TAXAS ANUAIS DE CRESCIMENTO DE PESSOAL OCUPADO NO SETOR INDUSTRIAL
— Campinas —

| PESSOAL | ANOS | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | 1959 | 1970 | 1973 | 1959/70 % | 1970/73 % |
| Ligado à Prod. | 100 | 180 | 315 | 5,5 | 20,5 |
| Administrativo | 100 | 109 | 266 | 0,8 | 34,6 |
| TOTAL | 100 | 163 | 303 | 4,5 | 23,0 |

*FONTE: CTAE/UNICAMP*

Os cargos administrativos (mão-de-obra indireta) permaneceram praticamente constantes entre 1959/70, obtendo contudo um substancial crescimento entre 1970/73, de cerca de 2,5 vezes. Por outro lado, o emprego do pessoal ligado à produção apresentou crescimento nos dois períodos, com taxas de 80 e 75% respectivamente, com a importante ressalva de que o primeiro período é de 11 anos e o segundo de apenas três.

As taxas anuais de crescimento relativas ao último período superam com grande vantagem aquelas verificadas entre 1959/70. Este dado é mais evidente com relação ao pessoal administrativo, cuja taxa de crescimento anual, no primeiro período, foi inferior a 1%, atingindo aproximadamente 35% ao ano, entre 1970/73.

Quando examinado o nível de emprego por ramos industriais,

a partir de informações relativas a 1970 e 1973, algumas modificações importantes podem ser constatadas nos quadros a seguir. O Quadro I.4 especifica, nos dois anos, as maiores participações no total de pessoal ocupado, no setor industrial de Campinas.

QUADRO I.4

RAMOS MAIS REPRESENTATIVOS NA ABSORÇÃO DE PESSOAL

(em percentuais)

— Campinas —

| Cod. IBGE | R A M O S | A N O S | |
|---|---|---|---|
| | | 1970 | 1973 |
| 11 | Metalúrgicas | 7,5 | 9,7 |
| 12 | Mecânicas | 10,4 | 9,7 |
| 13 | Mat. Elétrico e Com. | 11,5 | 14,6 |
| 14 | Material de Transporte | 7,6 | 22,6 |
| 26 | Produtos Alimentares | 15,6 | 8,6 |
| | TOTAL DO GRUPO | 52,6 | 65,2 |

*FONTE: CTAE/UNICAMP.*

Verifica-se que os cinco responsáveis pela geração de maior número de empregos em 1970 (52,6%) são os mesmos em 1973 (65,2%). Em 1970, a maior participação no total de empregados foi das indústrias de Produtos Alimentares, seguida pelos ramos de Material Elétrico e Comunicações e Mecânica. Já em 1973, a primeira posição foi ocupada pelo ramo de Material de Transporte, ficando o de Produtos Alimentares com o menor percentual do grupo analisado.

Imigração e sub-emprego em Campinas

Como decorrência das condições em que se processou a industrialização na região, o crescimento do município de Campinas se deu de forma desordenada e violenta, gerando por este motivo

2462

problemas sociais semelhantes ao de qualquer grande cidade brasileira.

Campinas enfrenta hoje, portanto, sérios problemas com relação à habitação, transporte, abastecimento de água e rede de esgoto, os quais se refletem, como veremos mais adiante, sobre as condições de saúde da população.

De acordo com dados do DEESP, em 1970 o déficit de água era de 26% dos prédios, com 40% da população descoberta pelo sistema, e o déficit de esgoto de 38% dos prédios, com 61% da população descoberta (7).

Mesmo considerando-se a extensão da rede nos últimos oito anos, o problema de saneamento básico assume hoje proporções bem mais sérias.

Recentes estudos realizados pelo Grupo de Planejamento da Administração Municipal (8), incumbido pelo atual prefeito de analisar e apresentar suas conclusões sobre as diretrizes a serem seguidas diante do irrefreável surto de crescimento do município, constataram um crescimento de 250% em 4 anos para as favelas de Campinas. Com relação ao crescimento demográfico, o relatório assinala que "supondo-se que a taxa verificada no decênio 60/70 (hipótese extremamente conservadora), a população total em 1977 tem de ser estimada em 560.543 de população urbana e 48.989 de população rural."

Com relação à habitação, o relatório mostra que, em relação às famílias de baixa renda, existe uma demanda por residências de 20 mil unidades, sendo que por outro lado, "há uma oferta de cerca de 120 mil terrenos loteados para construção residencial". Este desajuste se agrava, segundo o estudo, em razão do elevado nível de especulação imobiliária.

Como conseqüência desta dificuldade, "o problema das favelas sofreu sensível agravamento de 1973 a 1977. Cresceu no período seguindo uma reta, passando de 1.369 em 73, para 3.417 barracos em abril de 1977, apresentando em 3 anos e meio um incremento de duas vezes e meia, portanto 250 por cento, ao passo que a população deve ter crescido no mesmo período cerca de 36 por cento".

Num trabalho da equipe do Serviço de Assistência Habitacional da Secretaria de Promoção Social da Prefeitura Municipal de

Contudo, para uma análise correta dos fatores determinantes das migrações internas no país, não basta estudar apenas os fatores de atração, uma vez que os fatores de expulsão têm um peso considerável e, em geral, maior, uma vez que os fluxos migratórios são determinados em grande parte pelas condições precárias de vida e de trabalho nas regiões de origem.

Analisando as áreas de evasão populacional em Minas Gerais, responsáveis por boa parte do fluxo migratório para Campinas, Keller (10) aponta a mudança na estrutura produtiva agrícola nessas áreas como um dos principais fatores da grande evasão rural. A baixa produtividade da cafeicultura levou à erradicação dos cafezais, com a utilização da pecuária como atividade substitutiva, que vem sendo preferida por implicar emprego bem menor de mão-de-obra e permitir lucros razoáveis, com fácil acesso aos mercados consumidores. Outro fator mencionado pela autora como causa da evasão rural é a implantação da legislação trabalhista no campo, com o Estatuto do Trabalhador Rural, em 1963, e o Estatuto da Terra, em 1964. Os encargos financeiros levaram o empresário rural a empregar o mínimo possível de mão-de-obra em caráter permanente, o que provocou uma redução acentuada dos empregados residentes nas propriedades rurais. Isto fez com que os trabalhadores se vissem obrigados a deslocarem-se para as cidades e a trabalharem como volantes, por contratação de proprietários ou de empreiteiros. A maior parte tem trabalho assegurado somente na época das colheitas, trabalhando nas entressafras em serviços urbanos que exigem pouca qualificação.

A maior parte dos migrantes constitui portanto uma população-problema para as cidades "pólo de atração" como Campinas, apresentando baixa qualificação profissional e baixo índice de alfabetização, como mostra o quadro abaixo:

QUANTO À SITUAÇÃO ECONÔMICA PROFISSIONAL

| HOMENS | Nº | % | MULHERES | Nº | % |
|---|---|---|---|---|---|
| especializado | 22 | 2,00 | especializada | 1 | 0,52 |
| semi-especializado | 310 | 28.13 | semi-especializada | 15 | 7,85 |
| sem especialização | 609 | 55,26 | sem especialização | 155 | 81,16 |
| não-declarado | 87 | 7,89 | não-declarado | 20 | 10,47 |
| SUB-TOTAL | 1.028 | 93,28 | | 191 | 100,00 |
| desempregado | 38 | 3,45 | desempregadas | - | - |
| doente | 36 | 3,27 | doente | - | - |
| SUB-TOTAL | 72 | 6,72 | | - | - |
| TOTAL | 1.102 | 100,00 | | 191 | 100,00 |

*FONTE: Serviço de Assistência Habitacional da Secretaria da Promoção Social da Prefeitura Municipal de Campinas.*

É interessante observar que, dos migrantes entrevistados, apenas 14,7% eram mulheres, das quais 81% não possuíam qualquer especialização.

Dos homens, apenas 30,1% possuíam algum grau de especialização. Este dado reflete a dificuldade de absorção da mão-de-obra migrante em Campinas, onde a exigência de mão-de-obra especializada oferece condições de sub-emprego para a maior parte dos novos contingentes populacionais.

## IV - ORGANIZAÇÃO SOCIAL DA MEDICINA NO MUNICÍPIO
### REDE PÚBLICA E REDE PRIVADA

A análise do padrão de organização das atividades méd[illegible] co-assistenciais no município requer um entendimento das formas de integração dos sistemas público e privado de prestação de serviços médicos. Os dados aqui apresentados apontam para as limitações de uma abordagem que se proponha a tratar um dos sistemas isoladamente. Tal procedimento levaria certamente a sérias distorções na [illegible] dida em que o sistema público e o privado se realimentam continuamente, gerando um padrão único de organização em que coexistem br[illegible] chas e obstáculos para os diferentes setores da demanda, seja de real ou apenas potencial.

O explosivo crescimento da população urbana de Campinas, acelerado como já vimos pelo intenso processo de industrialização na região, vem gerando uma progressiva sobrecarga dos serviços de saúde.

As causas desta sobrecarga demandam uma análise em profundidade quando consideramos que, já em 1975, a renda familiar média era superior a Cr$ 2.100,00, conforme demonstram levantamentos [illegible] nível municipal, o que aponta para a população de Campinas, em média, padrões salariais elevados quando comparados com outros municípios do Estado de São Paulo e mesmo do Brasil (11).

Em 1976, a população previdenciária coberta pela Agência Local do INPS era de 537.900 pessoas, ou seja, 81,3% da população urbana, de acordo com a Secretaria de Assistência Médica do INPS. Destas, 451.900 no município de Campinas e o restante distribuído pelos municípios de Cosmópolis, Jaguariúna, Monte-Mór, Paulínia, Sumaré e Valinhos. Deste total de 537.900, 86.000 pessoas estavam cobertas por convênios com empresas intermediados pelo INPS, restando 451.900 para atendimento direto por conta do próprio INPS, quer na rede própria, quer por credenciamento, ficando os beneficiários de convênios exclusivamente por conta do atendimento fornecido direta ou indiretamente pelas empresas. Nos serviços próprios do INPS há uma lista de empresas industriais e comerciais com as quais há convênios para a prestação de serviços médicos a seus empregados. Mesmo que o empregado não tenha o convênio registrado

em carteira, basta ele pertencer a qualquer das empresas da lista para ter seu atendimento rejeitado nos serviços próprios do INPS. Isto porque o convênio-empresa é excludente, ficando os empregados inteiramente por conta dos serviços oferecidos em sua empresa.

Embora existam, na rede de serviços, outras instituições prestadoras de assistência médica a nível ambulatorial, como a Secretaria de Saúde do Estado e a Prefeitura Municipal, com seus postos de saúde, veremos a seguir que cabe na verdade ao INPS, em seu sistema próprio e contratado, a maior parte do atendimento ambulatorial e hospitalar à população previdenciária no município, e agora com a ampliação dos atendimentos de urgência, mesmo à não previdenciária, para o que seus recursos, sub-utilizados em determinadas áreas e desperdiçados em outras, revelam-se precários e insuficientes.

Nos ambulatórios próprios do INPS, os setores de marcação de consultas enfrentam sérios problemas, com filas intermináveis, fato este que gera permanentes reclamações por parte da imprensa e do empresariado local. Embora tenha sido criado, para resolver este problema, um sistema de plantão ininterrupto de marcação de consultas durante as 24 horas do dia, a verdade é que este sistema acabou contendo a demanda existente e aumentando a demanda insatisfeita, pois o beneficiário tem sua consulta marcada para o mês seguinte ou até para meses depois, pela saturação da linha de atendimento, sobretudo em especialidades como ginecologia e oftalmologia, em particular esta última, que é alvo inclusive de reclamações por parte dos sindicatos dos trabalhadores, como veremos no decorrer do trabalho.

Contudo, esta saturação em determinadas atividades coexistem com a ociosidade em outras, pois muitas vezes a preferência por determinado profissional leva o beneficiário a optar por um tempo de espera maior desde que seja por ele atendido.

Além do plantão ininterrupto para marcação de consultas, a Agência Local implantou, em caráter experimental, um sistema de marcação de consultas através das empresas, com um representante de cada uma encarregando-se de ir ao INPS para as marcações anteci padas.

Para o atendimento ambulatorial, o INPS possui, em Campi

nas, dois Postos de Assistência Médica (PAM), um de 2ª categoria e um de 4ª categoria, localizados em quatro prédios do centro da cidade, todos com mais de 25 anos de construção e remanejados em uso quando da unificação dos Institutos de Aposentadoria e Pensão. Neles, funcionam 62 consultórios médicos e 5 odontológicos, em salas adaptadas, onde trabalham 238 médicos e 17 odontólogos.

O INPS possui ainda 90 médicos credenciados para atendimento em consultórios particulares, dos quais 78 em Campinas e os demais distribuídos pelos municípios de Valinhos, Sumaré, Cosmópolis, Jaguariúna e Paulínia.

Nestes municípios, que compõem a zona de influência da Agência do INPS em Campinas, todos eles com inúmeras empresas já implantadas e outras em fase de instalação, a assistência ambulatorial (e também a hospitalar) é bastante precária, o que obriga a maior parte dos beneficiários a se deslocarem para Campinas.

Em Sumaré, apenas um médico credenciado atende em seu consultório, o mesmo ocorrendo em Paulínia, onde o grande afluxo de empresas que se instalam em torno da Refinaria de Planalto (REPLAN) cria uma situação particularmente grave.

Ainda para o atendimento ambulatorial, o INPS possui, em Campinas, o Posto de Assistência do SESI, além dos atendimentos de urgência que, até março de 1976, eram realizados apenas no Posto de Urgência da Santa Casa da Misericórdia, em regime das 19:00 às 7:00 horas (inclusive aos sábados e domingos). A partir de março, os atendimentos de urgência passaram a ser realizados também nos hospitais contratados, com a vigência do chamado Termo Aditivo. Estão ainda contratados para prestação de assistência ambulatorial os estabelecimentos que também prestam assistência hospitalar aos beneficiários do INPS.

No quadro que se segue, mostramos a distribuição das consultas e internações do INPS nos diferentes subsistemas, ou seja, próprio, credenciado e de convênios.

INPS - AGÊNCIA CAMPINAS

| 1976 | CONSULTAS | % | INTERNAÇÕES | % | RELAÇÃO CONS./INT. |
|---|---|---|---|---|---|
| Serviços Próprios | 647.809 | 56,3 | - | (*) | - |
| Credenciados | 342.536 | 29,8 | 93.581 | 92,0 | 3,6 |
| Convênios | 160.187 | 13,9 | 8.193 | 8,0 | 19,6 |
| TOTAL | 1.150.532 | 100,0 | 101.774 | 100,0 | 11,3 |

(*) *O INPS não possui hospital próprio em Campinas.*

Cabe notar, como já vimos com os dados do INPS para todo o país, as diferenças nas proporções consultas/internações nos distintos subsistemas. Nos serviços credenciados, em que o pagamento é feito por unidade de serviço, a relação consultas/internações é de apenas 3,6 consultas para cada internação, enquanto que nos serviços conveniados, em que o sistema é de pré-pagamento, esta relação é bem maior, de 19,6 consultas para cada internação, uma vez que aqui cada internação realizada representa um ônus para a empresa médica conveniada.

Os serviços próprios do INPS arcam com quase 60% das consultas, enquanto que os serviços credenciados arcam com 93,5 das internações.

Embora os serviços próprios arquem com 56,3% das consultas, seu custo total para o atendimento ambulatorial foi, como podemos ver no Quadro IV (Custos), de Cr$ 27.157.353,00, enquanto que os serviços credenciados, arcando com apenas 29,8% das consultas, foram reembolsados pelo INPS no valor de Cr$ 53.069.118,00, ou seja: para realizar pouco mais de metade das consultas, os serviços credenciados receberam o dobro.

Para o sistema credenciado, ou seja, os hospitais privados de Campinas, uma vez que não há hospital do INPS, vão 92% das internações. As internações custaram para o INPS de Campinas

Cr$ 156.924.136,00, ou seja, 61,4% do total do orçamento da Agência Local em 1976.

As empresas médicas de Campinas podem ser divididas em duas categorias: de um lado, as empresas médicas de convênio e de outro, os hospitais privados.

Ambas as modalidades empresariais são subsidiadas em boa parte pelo INPS, embora obtenham também uma parte considerável de seus recursos de outras fontes, tais como convênios diretos com empresas industriais e comerciais ou mesmo pela prestação direta de serviços à clientela particular, além de convênios para atendimento e internação de acidentados do trabalho.

As principais empresas médicas de Campinas são na verdade os hospitais. Para eles converge a maior parte dos recursos médicos do município, quer por parte do INPS, quer por parte das empresas médicas de convênio, como UNIMED, SAMCIL e MEDICAMP, quer por parte das próprias empresas industriais e comerciais que estabelecem convênios diretos com hospitais para internações em geral ou de acidentados do trabalho, quer, finalmente, por parte do atendimento direto à clientela particular.

Contudo, a já esperada dificuldade de acesso aos hospitais privados não permitiu uma descrição mais precisa do volume de recursos que estes movimentam anualmente.

De qualquer forma, os dados indiretos sobre a transferência de recursos do INPS e da UNIMED para os hospitais já nos permitem uma primeira avaliação.

Em 1976, o INPS transferiu para os hospitais privados de Campinas a quantia de Cr$ 156.924.136,00 para a realização de 91.202 internações, além do reembolso de Cr$ 8.723.640,00 para pessoas que foram atendidas em hospitais não contratados e depois pediram o reembolso ao INPS, totalizando um gasto de Cr$ 165.647.776,00, que representa 65% do total de Cr$ 255.172.298,00 da despesa do INPS de Campinas em 1976 com atividades médico-assistenciais.

Além da transferência de recursos para internação, o INPS custeia também consultas de urgência realizadas em hospitais contratados, o que permite o atendimento de não-segurados. Com o Terceiro Aditivo, o INPS extinguiu, a partir de maio de 1976, o contrato que vigorava até então com o Posto de Urgência Irmãos Penteado, da

Santa Casa local, autorizando ao mesmo tempo atendimentos ininterruptos de urgência na rede privada hospitalar, através de aditivos contratuais. Tais alterações triplicaram, com apenas sete meses de Termo Aditivo, os atendimentos de urgência, que passaram de 75.138 em 1975 para 249.899 em 1976, superando em 100% o previsto pelo INPS para urgências, cuja estimativa é de apenas 15% do total das consultas ao ano para esta modalidade de atendimento. Acredita-se que, em 1977, o volume de atendimentos de urgência deverá ser ainda bem maior uma vez que estes serão realizados durante todo o ano.

Já em 1976, foram transferidos para os hospitais, para pagamento de 249.899 consultas de urgência, Cr$ 18.940.648,00, o que eleva para Cr$ 184.588.424,00 a despesa do INPS com os hospitais de Campinas, representando assim as despesas hospitalares 72% do total do orçamento do INPS (Agência Local de Campinas) destinado às atividades médico-assistenciais.

A UNIMED Campinas, por sua vez, transferiu para os hospitais do município a significativa quantia de Cr$ 10.456.153,36. Particularmente significativa se considerarmos que a lógica de funcionamento da UNIMED, como sistema de pré-pagamento, é a redução ao máximo das internações hospitalares bem como dos exames complementares, visando um aumento cada vez maior do excedente a ser distribuído entre os médicos. Ainda assim, as despesas com hospitais representam quase 40% das despesas operacionais da UNIMED, como podemos ver no Balanço Geral em anexo para o ano de 1976.

Somando ambas as despesas, as únicas acessíveis, temos somente com o INPS e a UNIMED uma transferência de recursos para os hospitais no valor de Cr$ 195.044.577,36 no ano de 1976.

Tais dados fornecem, no entanto, apenas uma medida grosseira dos recursos transferidos para os hospitais, uma vez que não estão incluídos nestes cálculos os recursos transferidos pelas demais empresas médicas do município e da região, pelas empresas industriais e comerciais diretamente ou mesmo por particulares.

Se a estes valores adicionarmos ainda as internações por acidentes de trabalho, cujos gastos pelo INPS são incluídos no orçamento de benefícios sociais, não sendo levados em conta no cálculo das despesas médico-assistenciais referidas até aqui, a trans

ferência de recursos do INPS para os hospitais se revela ainda maior. Em 1976, o INPS de Campinas gastou Cr$ 9.771.323,52 com despesas médico-hospitalares para recuperação de acidentados do trabalho, além do reembolso da assistência médica no valor de Cr$ 1.055.865,96, totalizando um montante de Cr$ 10.827.189,48 transferido para oshospitais, tendo sido internados 927 pacientes acidentados do trabalho no ano.

Tais dados elevam para Cr$ 195.415.613,48 os recursos orçamentários transferidos do INPS para os hospitais privados de Campinas, e para Cr$ 205.871.766,84, a transferência total de recursos da UNIMED e do INPS para os hospitais, tanto para internações em geral como para internações de acidentados do trabalho.

Cabe ressaltar aqui também, que não estão sendo considerados os convênios diretos entre empresas industriais e comerciais e hospitais, ou mesmo entre as empresas de medicina de grupo e os hospitais, para atendimento aos acidentados do trabalho.

A região de Campinas, que constitui a zona de influência da Agência Local do INPS, está servida por 18 hospitais, com 2.485 leitos. O INPS mantém contrato com 15 deles utilizando 1.341 leitos, dos quais 296 para Clínica Médica, 360 para Cirurgia Geral, 186 para Obstetrícia, 149 para Pediatria, 7 para Cirurgia infantil, 39 para isolamento de moléstias infecciosas e 304 para Psiquiatria.

Conforme Classificação Hospitalar realizada pelo INPS, os 15 hospitais contratados possuem 2.180 leitos e os 839 leitos restantes estão à disposição de pacientes particulares, sócios, entidades prestadoras de assistência médica, entidades particulares, etc.

No Contrato-Padrão com os hospitais, o INPS obriga a internação de pacientes em caráter de urgência, não se responsabilizando contudo pelo pagamento de leitos ociosos. Isto quer dizer que os leitos à disposição do INPS não ocupados podem ser utilizados pelos hospitais para a internação de particulares, desde que estes garantam a internação dos pacientes do INPS em urgência, o que muitas vezes os leva a colocar macas nos corredores.

Os três hospitais não-contratados possuem em total de 335 leitos e o INPS já está estabelecendo contatos para contratá-los. Destes, apenas o Instituto Penido Burnier não aceita firmar o con-

trato com o INPS, ao que tudo indica porque já dispõe de vasta clientela privada proveniente inclusive de outros Estados, por constituir um afamado centro de oftalmologia, não lhe interessando, portanto, submeter-se às tabelas do INPS.

Nos 1.307 leitos contratados nas clínicas médica, cirúrgica e obstétrica, há possibilidade de internação anual de 62.100 beneficiários. Para o ano de 1975, a necessidade ideal teórica de internações nessas clínicas seria de 47.757 beneficiários, mas na realidade foram atendidos 69.280 pacientes, 330 dos quais não-beneficiários, atendidos em regime de urgência. E deve ser ainda assinalado que, nesse total de internações realizadas, não estão computados os pacientes de psiquiatria e tisiologia, teoricamente 2.513 internados, cujas vagas para internação são definidos na capital estadual, inclusive para os dois hospitais psiquiátricos existentes em Campinas.

Encontramos portanto, no município e na região, um número de internações maior do que a capacidade instalada, o que aponta para um tempo médio de internações bem menor do que o adotado para a avaliação dos programas assistenciais, com base no critério de seis dias. Na verdade, a rotatividade dos leitos hospitalares é excessivamente alta, com uma média em 1976 de seis internações por leito por mês e consta que, em 1977, já subiu a sete internações por mês.

Na verdade, tendo em conta a sobrecarga nas internações hospitalares, o número de leitos colocados pelos estabelecimentos hospitalares à disposição do INPS acaba tornando-se pequeno em relação à sua capacidade total, pelo excesso de internações de clientes particulares e de clientes encaminhados por convênios mantidos com empresas ou outras instituições.

Pode-se concluir, com relação à capacidade instalada, que o número de leitos necessários é ainda maior do que o indicado, uma vez que a estimativa acima do número provável de internações não levou em conta os pacientes oriundos dos outros Municípios e Estados. Levantamento realizado recentemente pelo INPS de Campinas concluiu que 20% das internações nos hospitais de Campinas são de pacientes não-residentes no município.

INPS - 1976

QUADRO 1

AREA DE AÇÃO E POPULAÇÃO ABRANGIDA

| CIDADES | POPULAÇÃO URBANA | POPULAÇÃO PREVIDENCIÁRIA (*) (81,3% da pop. urbana) |
|---|---|---|
| CAMPINAS | 502.103 | 408.209 |
| COSMÓPOLIS | 11.064 | 8.995 |
| JAGUARIÚNA | 5.989 | 4.869 |
| MONTE-MÓR | 5.927 | 4.818 |
| PAULÍNIA | 14.015 | 11.394 |
| SUMARÉ | 28.532 | 23.196 |
| VALINHOS | 29.992 | 24.383 |
| TOTAL | 597.622 | 485.864 |

(*) *Dados Projeto Campinas - INPS/1976.*

Excluindo-se a população abrangida por Convênios com empresas mediadas pelo INPS, aproximadamente 69.850 beneficiários (com base no cálculo de 2 dependentes por empregado, ou seja, 23.283 empregados x 3), resta um total de 416.014 pessoas a serem atendidas diretamente pelos serviços próprios e contratados do INPS.

INPS - 1976

QUADRO II

RECURSOS NA REGIÃO

| MÉDICOS | | Nº |
|---|---|---|
| a) Em Serviços Próprios | | |
| a.1 - em atendimentos a usuários em ambulatórios | | 183 |
| a.2 - em serviços complementares de diagnóstico | | 6 |
| a.3 - em serviços de Administração Direta | | 9 |
| a.4 - em serviços de Administração Indireta | | 30 |
| | | 228 |
| b) Em Serviços Contratados | | |
| b.1 - em ambulatórios contratados (SESI e Sindicatos) | | 10 |
| b.2 - em consultórios particulares | | 90 |
| b.3 - em entidades prestadoras de assistência médica - (Convênios com Empresas) | (*) | 563 |
| | | 663 |
| TOTAL | | 891 |

(*) *Prestadoras de Serviços:* *Medicamp* - *80*
*Samcil* - *85*
*Unimed* - *398*
*563*

*Obs.: 1. O INPS possui um médico para cada 1.432 usuários.*

*2. Os médicos referidos nos diferentes itens do quadro acima trabalham em sua maioria para 2 ou 3 entidades, portanto o total refere-se ao número de serviços profissionais prestados e não de pessoas físicas.*

INPS - 1976

QUADRO II

RECURSOS NA REGIÃO (cont.)

| ODONTÓLOGOS | Nº |
|---|---|
| a) Em Serviços Próprios | 17 |
| b) Em Consulório Particular | 6 |
| c) Em Sindicatos (8 Convênios) | 22 |
| TOTAL | 45 |

| SERVIÇOS COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO | | | Nº |
|---|---|---|---|
| a) Análises Clínicas e Anatomia Patológica | | | |
| | Próprios | 1 | |
| | Contratados | 20 | 21 |
| b) Radiologia | | | |
| | Próprios | 2 | |
| | Contratados | 8 | 10 |
| c) Eletrocardiografia | | | |
| | Próprios | 1 | |
| | Contratados | 1 | 2 |
| d) Eletroencefalografia | | | |
| | Contratados | 6 | 6 |
| e) Audiometria | | | |
| | Contratados | 2 | 2 |
| f) Eletrodiagnóstico | | | |
| | Contratado | 1 | 1 |
| TOTAL | | | 42 |

2477

INPS - 1976

QUADRO 11

RECURSOS NA REGIÃO (cont.)

| SERVIÇOS COMPLEMENTARES DE TERAPIA | | | Nº |
|---|---|---|---|
| a) FISIOTERAPIA | | | |
| | Próprio | 1 | |
| | Contratado | 1 | 2 |
| b) RÃDIO E COBALTOTERAPIA | | | |
| | Contratados | 4 | 4 |
| c) INSULINO E CONVULSOTERAPIA | | | |
| | Contratado | 1 | 1 |
| TOTAL | | | 7 |

INPS - 1976

QUADRO II

RECURSOS NA REGIÃO (cont.)

Hospitais

| ESPECIALIDADE | Nº DE CLÍNICAS | Nº DE LEITOS A DISPOSIÇÃO DO INPS (CONTRATO PADRÃO) |
|---|---|---|
| a) CIRURGIA | 11 | 367 |
| b) CLÍNICA MÉDICA | 11 | 484 (*) |
| c) OBSTETRÍCIA | 6 | 186 |
| d) PSIQUIATRIA | 2 | 304 |
| TOTAL | 30 | 1.341 |

(*) *296 leitos para Clínica Médica, 149 para Pediatria e 39 para isolamento de moléstias infecciosas.*

*HOSPITAIS GERAIS CONTRATADOS: 13*

*SANATÓRIOS DE PSIQUIATRIA CONTRATADOS: 2*

Conforme Classificação Hospitalar realizada pelo INPS, os 15 Hospitais Contratados possuem 2.180 leitos. Os leitos restantes estão à disposição de pacientes particulares, sócios, entidades prestadoras de assistência médica, entidades particulares, etc.

INPS - 1976

QUADRO II

RECURSOS NA REGIÃO (cont.)

Relação dos Hospitais Contratados

1. Associação Protetora da Infância "Hospital Álvaro Ribeiro" (particular sem fins lucrativos).
2. Casa de Saúde Campinas (beneficente)
3. Clínica Pierro Ltda. (particular sem fins lucrativos)
4. Hospital e Maternidade Santo Antônio S/A (particular sem fins lucrativos)
5. Maternidade de Campinas (beneficente)
6. Irmandade da Santa Casa da Misericórdia de Valinhos (particular sem fins lucrativos)
7. Clínica Infantil Campinas Ltda. (particular sem fins lucrativos)
8. Hospital Coração de Jesus (beneficente)
9. Real Sociedade Portuguesa de Beneficência (beneficente)
10. Hospital Beneficente Santa Gertrudes - Cosmópolis (particular sem fins lucrativos)
11. Hospital Irmãos Penteado
12. Irmandade Santa de Sumaré "Hospital Conceição Imaculada" (particular sem fins lucrativos)
13. Hospital Municipal "Dr. Mario Gatti" - (autarquia sem fins lucrativos)
14. Sanatório Santa Isabel - Psiquiatria (particular sem fins lucrativos)
15. Hospital Tibiriçá - Psiquiatria (particular sem fins lucrativos)

INPS - 1976

QUADRO II

RECURSOS NA REGIÃO (cont.)

Hospitais da Cidade não Contratados pelo INPS

1. Instituto Penido Burnier
2. Hospital Vera Cruz
3. Centro Médico Campinas

Recursos em Potencial

| | |
|---|---|
| 1. Hospital Universitário UNICAMP | - em construção |
| 2. Cidade da Saúde - PUCC | - 600 leitos |
| 3. Hospital Evangélico de Campinas (fundação sem fins lucrativos) montagem do Hospital prevista para 06/78) | - 100 leitos |

INPS - 1976

QUADRO II

RECURSOS NA REGIÃO (cont.)

Disponibilidade de Leitos

A - Hospitais Contratados
1976

| HOSPITAIS | TOTAL LEITOS | LEITOS À DISP: DO INPS | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | TOTAL | CLÍN. MÉDICA | CIR. | MATER. | PSIQUIA-TRIA |
| Matern. de Campinas | 232 | 162 | 12 | 50 | 100 | - |
| Casa de Saúde Campinas | 281 | 157 | 32 | 70 | 55 | - |
| R.B.S. Benef. Portuguesa | 174 | 100 | 40 | 60 | - | - |
| Hosp. Mater. Sto. Antônio | 300 | 90 | 50 | 40 | - | - |
| M.S. Cas. Irmãos Penteado | 186 | 76 | 37 | 34 | 5 | - |
| Clínica Pierro | 90 | 90 | 45 | 45 | - | - |
| A.P.I. ÁLvaro Ribeiro | 121 | 80 | 78 | 2 | - | - |
| Hosp. Coração de Jesus | 97 | 55 | 40 | 15 | - | - |
| Clín. Infantil Campinas | 90 | 75 | 70 | 5 | - | - |
| Ir.Sta.Casa Mis. Valinhos | 72 | 39 | 15 | 14 | 10 | - |
| Hosp. Ben. Sta. Gertrudes de Cosmópolis | 25 | 25 | 10 | 5 | 10 | - |
| Santa Casa de Sumaré | 50 | 20 | 20 | - | - | - |
| Hosp. Mun. de Campinas | 130 | 68 | 35 | 27 | 6 | - |
| Hosp. Tibiriça | 117 | 117 | - | - | - | 117 |
| Sanatório Sta. Isabel | 215 | 185 | - | - | - | 187 |
| TOTAIS | 2.180 | 1.341 | 484 | 367 | 186 | 304 |

INPS - 1976

QUADRO II

RECURSOS NA REGIÃO (cont.)

Disponibilidade de Leitos

B - Hospitais não contratados
1976

| HOSPITAIS | Nº DE MÉDICOS | TOTAL DE LEITOS |
|---|---|---|
| Instituto Penido Burnier | 32 | 122 |
| Hospital Vera Cruz | 70 | 123 |
| Centro Médico Campinas | 32 | 60 |
| TOTAIS | 134 | 305 |

C - Recursos em Potencial

| HOSPITAIS | Nº DE LEITOS |
|---|---|
| Hospital Universitário UNICAMP | (em construção) |
| Cidade da Saúde - PUCC | 600 leitos |
| Hospital Evangélico Campinas | 100 leitos |

RECURSOS DO INPS NO MUNICÍPIO DE CAMPINAS

de Própria

Ambulatórios:

1. Sede da Agência do INPS - Rua Barreto Leme 1117, área total: 6.075 $m^2$
   Atividades: Administração da Agência e uma extensão do Posto de Assistência Médica.

2. Serviço de Assistência Médica, Farmácia e outra extensão do Posto de Assistência Médica - Rua Barreto Leme, área total: 1.198 $m^2$

3. Posto de Assistência Médica - Av. Campos Sales, 737, área total: 3.398 $m^2$

4. Posto de Assistência Médica - Rua Barão de Jaguara, 656, área total: 1.870 $m^2$

Hospitais:

A rede própria do INPS de Campinas não possui hospital. Os serviços hospitalares são contratados.

de Contratada:

Ambulatórios:

- Posto de urgência da Santa Casa da Misericórdia. Posto de Assistência do SESI. SPA dos Hospitais Contratados.

Hospitais:

Hospitais:

- 12 hospitais contratados, dos quais 2 sanatórios Psiquiátricos.

# RECURSOS DO INPS NO MUNICÍPIO DE CAMPINAS

## Rede Própria

Ambulatórios:

1. Sede da Agência do INPS - Rua Barreto Leme 1117, área tota 6.075 $m^2$

   Atividades: Administração da Agência e uma extensão do Pos de Assistência Médica.

2. Serviço de Assistência Médica, Farmácia e outra extensão Posto de Assistência Médica - Rua Barreto Leme, área tota 1.198 $m^2$

3. Posto de Assistência Médica - Av. Campos Sales, 737, ár total: 3.398 $m^2$

4. Posto de Assistência Médica - Rua Barão de Jaguara, 656, á rea total: 1.870 $m^2$

Hospitais:

A rede própria do INPS de Campinas não possui hospital. Os serviços hospitalares são contratados.

## Rede Contratada:

Ambulatórios:

- Posto de urgência da Santa Casa da Misericórdia. Posto de Assistência do SESI. SPA dos Hospitais Contratados.

Hospitais:

- 12 hospitais contratados, dos quais 2 sanatórios Psiquiátricos.

INPS - 1976

QUADRO IV

Custos

Assistência Ambulatorial

| CONSULTAS MÉDICAS | Nº | VALOR EM CR$ | CUSTO/ CONSULTA |
|---|---|---|---|
| a) Em Serviços Próprios | 647.809 | | |
| Custo Direto - salários médicos e encargos | | 18.769.135,00 | |
| Custo Indireto - salário pessoal, adm. e encargos | | 1.360.000,00 | |
| despesas energia elétrica, água, telefone, limpeza, etc. | | 396.000,00 | (*) 31,68 |
| b) Em Ambulatório Contratado (SESI) | 20.731 | 758.290,00 | 36,57 |
| c) Em Sindicatos | 6.869 | (**) | - |
| d) Em Consultórios Particulares Contratados | 71.906 | 2.833.608,00 | 39,40 |
| e) Consultas de Urgência em Hospitais Contratados | 249.899 | 18.940.648,00 | 75,79 |
| TOTAL | 997.214 | 45.057.681,00 | |

(*) *Não aplicado o valor estimativo de locação dos prédios que são próprios do INPS.*

(**) *No caso dos Sindicatos não é possível especificar o custo da consulta médica, uma vez que os Sindicatos de Campinas que possuem assistência médica possuem também assistência odontológica e recebem subvenção mensal para ambas as atividades.*

INPS - 1976

QUADRO IV

Custos

Outros serviços ambulatoriais

| | Nº | Valor em Cr$ | Custo Unitário |
|---|---|---|---|
| a) Em Serviços Próprios | | | |
| Pequena cirurgia, traumato-ortopedia e outros | 107.977 | | |
| Custos | | | |
| Pessoal Médico | | 3.002.682 | |
| Pessoal Administr. | | 226.676 | |
| TOTAL | | 3.229.358 | 29.90 |
| b) Em Serviços Contratados | (*)44.673 | | |
| Pequena cirurgia e traumato-ortopedia | | 6.633.502 | 148.[illegible] |
| TOTAIS | 152.650 | 9.932.860 | 65.[illegible] |

(*) *Não considerados aqui os outros atendimentos tais como injeções, curativos, etc., que diluíram muito o custo unitário por serem numerosos.*

*Nos serviços próprios pesam mais as atividades de enfermagem, tais como injeções, curativos, retirada de pontos esterilização de material, em termos de custo.*

*Nos contratados, por outro lado, tais atividades embora numerosas são secundárias, no que diz respeito mais às atividades médicas como pequenas cirurgias e traumatologia.*

2487

INPS - 1976

QUADRO IV

Custos

Serviços Complementares de Diagnóstico

| SERVIÇO | Nº DE EXAMES | VALOR EM CR$ | CUSTO MÉDIO P/EXAME |
|---|---|---|---|
| a) Análise Clin. e Anat. Patológica | | | |
| Serv. próprios | 30.062 | | |
| serv. médicos | | 215.815 | |
| serv. técnicos | | 308.058 | |
| TOTAL | | 523.873 | 17,42 |
| Serviços Contratados | 292.960 | 12.508.324 | 42,76 |
| b) Serviços Radiológicos | | | |
| Serv. próprios | 32.402 | | |
| serv. médicos | | 604.282 | |
| serv. técnicos | | 611.651 | |
| material | | 1.169.100 | |
| TOTAL | | 2.358.428 | 73,60 |
| Serv. contratados | 56.147 | 6.358.428 | 113,24 |
| c) Eletroencefalografia | | | |
| Serv. contratados | 7.508 | 915.225 | 121,89 |
| d) Eletrocardiografia | | | |
| Serv. próprios | 12.856 | | |
| pessoal médico | | 107.907 | |
| pessoal paramédico | | 51.464 | |
| TOTAL | | 159.371 | 12,39 |
| Serv. contratados | 538 | 27.450 | 51,02 |
| e) Audiometria | | | |
| Serv. contratados | 1.235 | 128.078 | 103,70 |
| f) Eletrodiagnóstico | | | |
| Serv. contratados | 30 | 17.200 | 573,33 |
| TOTAIS | 433.738 | 23.022.982 | 53,08 |

*Nos Serviços Próprios não foram computados valores de material, energia elétrica, água, limpeza, etc., por falta de dados de apropriação.*

2468

INPS - 1976

QUADRO IV

Custos

SERVIÇOS COMPLEMENTARES DE TERAPIA

| SERVIÇOS | Nº | VALORES EM CR$ | CUSTO P/ATEND |
|---|---|---|---|
| a) Fisioterapia | | | |
| Próprios | (*) 113.673 | | |
| Serv. médicos | | 107.907 | |
| Serv. administrativos | | 226.676 | |
| | | 334.583 | 2,94 |
| Contratados | (**) 13.744 | 1.287.525 | 93,67 |
| b) Radio e Cobaltoterapia | | | |
| Contratados | 25.608 | 2.600.900 | 101,56 |
| c) Insulino e Convulsoterapia | | | |
| Contratados | 45 | 59.940 | 1.332,00 |
| TOTAIS | 153.070 | 4.282.948 | 27,98 |

(*) *número de serviços prestados.*

(**) *número de pacientes atendidos.*

INPS - 1976

QUADRO IV

Custos

Internações Hospitalares

| INTERNAÇÕES | Nº | CUSTO EM CR$ | CUSTO P/ ATEND. | CUSTO BENEF./ANO |
|---|---|---|---|---|
| a) Cirurgia - Custos | | | | |
| Hospitalar | | 38.746.857 | 1.533,00 | 82,44 |
| Médico | | 17.586.328 | 695,00 | 37,41 |
| TOTAL | 25.275 | 56.333.185 | 2.228,00 | 119,85 |
| b) Clínica - Custos | | | | |
| Hospitalar | | 58.330.786 | 1.291,00 | 124,10 |
| Médico | | 7.896.339 | 174,00 | 16,80 |
| TOTAL | 45.152 | 66.227.125 | 1.465,00 | 140,90 |
| c). Obstetrícia - Custos | | | | |
| Hospitalar | | 14.834.384 | 832,59 | 31,57 |
| Médico | | 8.694.090 | 487,97 | 18,49 |
| TOTAL | 17.817 | 23.528.474 | 1.320,56 | 40,06 |
| d) Psiquiatria | | | | |
| Internações Campinas* (Custo Hospitalar Global) | 2.958 | 10.835.352 | 3.663,06 | 23,05 |
| TOTAIS | 91.202 | 156.924.136 | 1.720,62 | 333,88 |

(*) *Incluindo-se as guias expedidas para internações fora de Campinas, temos mais 1.969 internações, num total de 4.927 internações.*

CUSTO TOTAL - 1976

INPS

| | | |
|---|---|---|
| SERVIÇO AMBULATORIAL (assist. ambul., outros serv. ambul., serv. compl. diag., serv. compl. terap.) | PRÓPRIO | 27.157.353,00 |
| | CONTRATADO | 53.069.118,00 |
| INTERNAÇÕES | | |
| | CIRURGIA | 56.333.185,00 |
| | CLÍNICA | 66.227.125,00 |
| | OBSTETRÍCIA | 23.528.474,00 |
| | PSIQUIATRIA | 10.835.352,00 |
| REEEMBOLSO DESPESAS MÉDICO-HOSPITALARES (*) | | 8.723.640,00 |
| CONVÊNIOS | | |
| | SINDICATOS | 1.220.091,00 |
| | EMPRESAS (**) (reembolsáveis em Campinas) | 8.077.960,00 |
| TOTAL | | 255.172.298,00 |

(*) *Pessoas que são atendidas em hospitais não contratados e depois pedem reembolso ao INPS.*

(**) *As empresas reembolsáveis em São Paulo, num total de 13 das 43 empresas conveniadas, foram reembolsadas em 1976 pelo INPS no valor de Cr$ 2.614.701, totalizando assim juntamente com o valor reembolsado em Campinas, um custo para o INPS de ..... Cr$ 10.692.664,00.*

Quadro IV

CUSTOS

INPS - 1976

CONVÊNIOS COM SINDICATOS

SUBVENÇÃO MENSAL - VALORES EM 12/76

1) Sindicato dos Trabalhadores nas Ind. Metalurg. Mec. Material Elétrico de Campinas.
Cr$ 53.044,00

2) Sindicato dos Condutores de Veículos Rodoviários e Anexos
Cr$ 9.504,00

3) Sindicato dos Trab. Inds Construção e do Mobiliário de Campinas
Cr$ 19.008,00

4) Sindicato dos Empregados no Comércio de Campinas
Cr$ 12.672,00

5) Sindicato dos Trab. Ind. Dest. Ref. Petróleo Campinas e Paulínia
Cr$ 6.336,00

6) Sindicato dos Empregados em Estabelecimento Bancário de Campinas
Cr$ 12.606,00

7) Sindicato Trab. Ind. Papel, Celulose, Pasta de Madeira para papel, Papelão e Cortiça de Valinhos
Cr$ 11.026,00

8) Sindicato Trab. Ind. Quím. Farmac. Capinas Valinhos, Paulínia e Sumaré.
Cr$ 6.336,00

OBSERVAÇÃO: Os valores da subvenção são registrados anualmente através da "Secretaria de Assistência Médica do INPS (Rio de Janeiro - Convênio).

2492

Forma de pagamento - subvenção mensal - calculada sobre o número de vidas reais contratadas pelo Sindicato.)
O Convênio não exclue o sindicalizado e dependentes da Assistência Médica Global prestada pelo INPS - pode haver dupla utilização.
Parâmetro estabelecido para Assistência odontológica pela II Reunião especial dos Ministérios da Saúde das Américas, realizado em Santiago do Chile em outubro/72 = 0,5 atendimentos beneficiário/ano.
População Previdenciária de Campinas 1976 (já excluida a população abrangida por convênio com Empresas = 470.000 pessoas.
Total de consultas médicas realizadas pelo INPS em 1976 em serviços próprios, contratados e convenados, inclusive urgências = 997.214 .
Total de atendimentos odontológicos realizados pelo INPS em 1976 em serviços próprios, contratados e convenado - 98.419.
0,5 benef./ano = 235.000.
Atendimentos realizados = 98.419 - 41% do estimado.
Em 1976 faltaram 136.581 atendimentos odontológicos para o INPS alcançar o índice considerado ideal.

Atuação dos Sindicatos Convenados dentro do Sistema Médico Previdenciário - Campinas - 1976

| Sindicato | Tipo Convênio | Nº Profissionais | Nº de Dependentes | Total Popul. Abrangida | Nº Atend. Odontol. | %Benef. | % Sobre Total Atend.Odont | Nº Cons. Médicas | %Benef. Ano | % Sobre NºCons. | Total de Atend. | Valor Subvenc. em Cr$ | Custo por Atend |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1) Metalúrgicas | Méd.Odontológico | 8 dent.3 méd. | 12.233 | 39.432 | 51.665 | 24.164 | 5,14 | 24,55 | * 6.627 | 1,41 | 0,66 | 30.791 | 560.356 | 18,19 |
| 2) Cond.Veículos | Odontológico | 2 dent.2 méd. | 2.450 | 4.301 | 6.751 | 3.274 | 0,69 | 3,32 | - | - | - | 3.274 | 92.923 | 28,38 |
| 3) Construção | Odontológico | 4 dentistas | 4.653 | 8.701 | 13.354 | 9.666 | 2,03 | 9,71 | - | - | - | 9.666 | 183.744 | 19,20 |
| 4) Comerciários | Odontológico | 2 dentistas | 2.250 | 10.000 | 12.250 | 5.294 | 1,12 | 5,37 | - | - | - | 5.294 | 135.168 | 25,53 |
| 5) Petróleo | Odontológico | 1 dentista | 1.056 | 1.647 | 2.703 | 5.652 | 1,20 | 5,74 | - | - | - | 5.652 | 67.174 | 11,88 |
| 6) Bancários | Odontológico | 2 dentista | 2.101 | 6.321 | 8.422 | 5.852 | 1,24 | 5,94 | - | - | - | 5.852 | 134.464 | 22,97 |
| 7) Ind.Papel Cel. (a partir 09/76) | Méd.Odontológico | 1 dent.1 méd. | 1.380 | 4.140 | 5.520 | 1.028 | 0,21 | 1,04 | ** 242 | 0,05 | 0,02 | 1.270 | 36.753 | 28,93 |
| 8) Ind.Quim.Farm. (a partir 11/76) | Odontológico | 1 dentista | 3.700 | 11.100 | 14.800 | 580 | 0,12 | 0,59 | - | - | - | 580 | 9.584 | 16,54 |
| TOTAIS | | 22 Odontólog. 5 Médicos | 29.823 | 85.642 | 115.465 | 55.410 | 11,75 | 54,76 | 6.869 | 1,46 | 0,68 | 67.273 | 1.220.091 | 18,52 |

dados fornecidos pelos Sindicatos nos Processos de Convênio - INPS

dados fornecidos mensalmente pelos Sindicatos-Boletim de Estatística-INPS

* Consultas em Clínica Médica-Pediátria e Ginecologia

** Consultas de Clínica Médica.

Os Sindicatos atuaram dentro do complexo médico Previdenciário de Campinas atingindo:

1) Assistência Odontológica - 11,75% beneficiário/ano-prestando 56,26% dos atendimentos odontológicos via INPS.

2) Assistência Médica Ambulatorial - 1,46% beneficiário/ano - prestando 0,68% dos atendimentos médico-ambulatoriais via INPS.

Assistência Farmacêutica - INPS/1976

Receitas Vendidas - 85.202
Receitas Doadas - 34.811

TOTAL 120.013

Medicamentos de maior consumo: Vitaminas
Antibióticos
Tuberculostáticos
Cardiotônicos

Não há informação local a respeito de custos dos medicamentos.

Doação Total de Mecidamentos CEME/1977: (acabou revenda)

Receitas atendidas de julho (Implantação) a outubro/77 - 18.461
(uma média de 4.500 receitas CEME por mês)

As receitas são doadas desde que receitadas por médico do quadro e dentro das normas vigentes. Não há critérios quanto à discriminação de beneficiários.

Até esta data, os medicamentos estão sendo considerados complemento de consulta nos próprios. Está prevista para logo a extensão a consultórios particulares contratados e empresas de convênio.

INPS - 1976

Quadro III

Agência Campinas

Atendimentos Realizados

1977 / 1975 / 1976

| Período | CONSULTAS | | | Internações (Contratados) |
|---|---|---|---|---|
| | Serviços Próprios | Serviços Contratados | Total | |
| 1974 | 574.799 (86,2%) | 92.171 (13,8%) | 666.970 | 55.878 |
| 1975 | 743.789 (86,8%) | 113.161 (13,2%) | 856.950 | 69.280 |
| 1976 | 647.809 (65,4%)** | 342.536 (34,6%) | 990.345 | 93.581 |

* Ver data termo aditivo de urgência - março 1976 Setor Público Privado.

* Todos os contratados, inclusive urgências e sindicatos. Não se incluem aqui apenas as consultas e internações de convênio-empresa, que são de responsabilidade exclusiva da empresa, não sendo, por cláusula contratual, permitido seu atendimento pelo INPS.

INPS - 1976

Quadro III

Atendimentos em 1976

INPS - Próprios e Contratados

| CONSULTAS MÉDICAS | Nº |
|---|---|
| Próprios | |
| a) em ambulatórios próprios | 647.809 |
| Contratados | |
| b) em ambulatório contratado (SESI) | 20.731 |
| c) em Sindicatos (convênios) | 6.869 |
| d) em consultórios particulares contratados | 71.906 |
| e) urgência - P.U. Santa Casa local (janeiro a março de 76) | 20.510 |
| f) urgências (em Hospitais Contratados Termo Aditivo). | 229.389 |
| TOTAL | 997.214 |

O total significa que foram dadas 2,1 consultas beneficiário/ano, o que estaria de acordo com os critérios da Secretaria de Assistência Médica do INPS, se o número de atendimentos de urgência não estivesse tão alto, representando 1/4 do total de consultas.

INPS - 1976

Quadro III

Atendimentos em 1976

INPS - Próprios e Contratados (cont.)

Outros Serviços Ambulatoriais

| Diversos | | Nº |
|---|---|---|
| a) PEQUENA CIRURGIA | | 30.39 |
| em próprios | 4.588 | |
| em contratados | 25.808 | |
| b) TRAUMATO - ORTOPEDIA | | 23.724 |
| em próprios | 4.859 | |
| em contratados | 18.865 | |
| c) OUTROS ATENDIMENTOS | | 300.96 |
| em próprios | 98.530 | |
| em contratados | 202.439 | |
| TOTAL | | 355.0 |

INPS - 1976

Quadro III

Atendimentos em 1976

INPS - Próprios e Contratados (cont.)

Serviços Complementares de Diagnóstico

| Serviços | | Nº | % sobre nº consultas ano: 997.214 |
|---|---|---|---|
| a) Análises Clínicas e Anatomia Patológica | | 323.022 | 32,9 |
| | próprios 30.062 | | |
| | contratados 292.960 | | |
| b) Radiologia | | 88.549 | 8,87 |
| | próprios 32.402 | | |
| | contratados 56.147 | | |
| c) Eletroencefalografia | | 7.508 | 0,75 |
| | contratados 7.508 | | |
| d) Eletrocardiografia | | 13.394 | 1,34 |
| | próprios 12.856 | | |
| | contratados 538 | | |
| e) Audiometria | | 1.235 | 0,12 |
| | contratados 1.235 | | |
| f) Eletrodiagnóstico | | 30 | 0,003 |
| | contratados 30 | | |
| TOTAL | | 433.738 | 43,47 |

INPS - 1976

Quadro III

Atendimentos em 1976

INPS - Próprios e Contratados (cont.)

Serviços Complementares de Terapia

| Serviços | | Nº | % sobre total consultas: 997.214 |
|---|---|---|---|
| a) Fisioterapia | | 127.417 | 12,77 |
| próprios | 113.673 | | |
| contratados | 13.744 | | |
| b) Rádio e Cobaltoterapia | | 25.608 | 2,56 |
| contratado | 25.608 | | |
| c) Insulina e Convulsoterapia | | 45 | 0,004 |
| contratado | 45 | | |
| TOTAL | | 153.070 | 15,33 |