

**(IM)
PREVIDÊNCIA
SOCIAL
60 anos de
história
da previdência
no Brasil**



JAIME A. DE ARAÚJO OLIVEIRA
SONIA M. FLEURY TEIXEIRA

COLEÇÃO Saúde
e
Realidade
Brasileira

(Im)previdência social

60 anos de história da Previdência no Brasil

Jaime A. de Araújo Oliveira

Sonia M. Fleury Teixeira

Entre nós já se tornou proverbial a fila do INPS. Constitui-se ela de um grande número de pessoas que acordam, de madrugada, para ocupar uma vaga na fila a fim de buscarem soluções para seus problemas de saúde e aposentadoria no Instituto de Previdência Social. Os autores deste estudo fazem a história deste Instituto, tentam desvendar a política médico-assistencial do governo e por isso, certamente, oferecem pistas para descobrir o porquê destas filas. Pode-se discutir a respeito da tarefa ampla ou restrita do Estado na organização de uma nação. Contudo, se está plenamente de acordo que este mesmo Estado, possui obrigações imediatas na organização das assim chamadas políticas sociais. Dentro destas políticas ocupa, sem dúvida, um dos primeiros lugares a organização de bens e serviços que dizem respeito à saúde e à aposentadoria dos cidadãos. Contudo, é claro que tais políticas envolvem fatores os mais diversos, tanto no que diz respeito às origens das próprias políticas, bem como de seus objetivos a serem alcançados.

00,40
BFL/114

JAIMES A. DE ARAUJO OLIVEIRA
SONIA M. FLEURY TEIXEIRA

(IM)PREVIDÊNCIA SOCIAL

1. CIDADANIA E O CIDADÃO: Políticas de Saúde Mental no Brasil - Silvério Almeida e Wilson do Rosário Costa (orgs.)
2. MULHER, SAÚDE E SOCIEDADE NO BRASIL - Maria Elia de Lacerda (org.)
3. DEMANDAS POPULARES, POLÍTICAS PÚBLICAS E SAÚDE - Wilson do Rosário Costa, Célia Leão Ramos, Cecília de Souza Minayo e Eduardo Navarro Stotz (orgs.)
Vol. I: Ciências Sociais e Saúde Coletiva
Vol. II: Movimentos Sociais e Cidadania
4. (IM)PREVIDÊNCIA SOCIAL: 60 Anos de História da Previdência Social no Brasil - Jaime A. de Araújo Oliveira e Sonia M. Fleury Teixeira

2ª Edição

COORDENAÇÃO EDITORIAL:

Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO)
Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - 3º andar - Mangueiras
21041 Rio de Janeiro, RJ
Telefone: (021) 270-9699

DIRETORIA (1983-1985)

Presidente: Hélio de Albuquerque Cordeiro
Vice-presidentes: José da Rocha Carneiro
Francisco Eduardo Campos
Tessouraria: Tania Celeste Mattos Nunes
Secretário executivo: Paulo Marchiori Buss

DIRETORIA (1985-1987)

Presidente: Sebastião Antonio Loureiro de S. e Silva
Vice-presidentes: Sonia Maria Fleury Teixeira
Moisés Goldbaum
Tessouraria: Eduardo Maia Freese de Carvalho

Petropolis

COMISSÃO DE CIÊNCIAS SOCIAIS:

Benilton Bezerra Junior (IMSP/URJ)
Nilson do Rosário Costa (ENSP/IOGURU)
Paulo Marchiori Buss (ENSP/IOGURU)

Coleção

SAÚDE E REALIDADE BRASILEIRA

1. CIDADANIA E LOUCURA: Políticas de Saúde Mental no Brasil - *Silvério Almeida Tundis e Nilson do Rosário Costa* (orgs.)
2. MULHER, SAÚDE E SOCIEDADE NO BRASIL - *Maria Eliana Labra* (org.)
3. DEMANDAS POPULARES, POLÍTICAS PÚBLICAS E SAÚDE - *Nilson do Rosário Costa, Célia Leitão Ramos, Cecília de Souza Minayo e Eduardo Navarro Stotz* (orgs.)
Vol. I: Ciências Sociais e Saúde Coletiva
Vol. II: Movimentos Sociais e Cidadania
4. (IM)PREVIDÊNCIA SOCIAL: 60 Anos de História da Previdência no Brasil - *Jaime A. de Araújo Oliveira e Sonia M. Fleury Teixeira*

COORDENAÇÃO EDITORIAL:

Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (A-BRASCO)

Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - 3º andar - Manguinhos
21041 Rio de Janeiro, RJ
Telefone: (021)270-9699

DIRETORIA (1983-1985)

Presidente: Hésio de Albuquerque Cordeiro
Vice-presidentes: José da Rocha Carneiro
Francisco Eduardo Campos
Tesoureira: Tania Celeste Matos Nunes
Secretário executivo: Paulo Marchiori Buss

DIRETORIA (1985-1987)

Presidente: Sebastião Antonio Loureiro de S. e Silva
Vice-presidentes: Sonia Maria Fleury Teixeira
Moisés Goldbaum
Tesoureiro: Eduardo Maia Freese de Carvalho

COMISSÃO DE CIÊNCIAS SOCIAIS:

Benilton Bezerra Júnior (IMS/UERJ)
Nilson do Rosário Costa (ENSP/FIOCRUZ)
Paulo Marchiori Buss (ENSP/FIOCRUZ)

JAIME A. DE ARAÚJO OLIVEIRA
SONIA M. FLEURY TEIXEIRA

(IM) PREVIDÊNCIA SOCIAL
60 anos de história
da Previdência no Brasil

2ª Edição



Petrópolis
em co-edição com
Associação Brasileira Pós-Graduação
em Saúde Coletiva (ABRASCO)
1989

© 1985, Jaime A. de Araújo Oliveira
e Sonia M. Fleury Teixeira

Direitos de publicação
Editora Vozes Ltda.
Rua Frei Luís, 100
25689 Petrópolis, RJ
Brasil

Dados de Catalogação na Publicação (CIP) Internacional
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

047i	Oliveira, Jaime Antônio de Araújo. (Im)previdência social: 60 anos de história da Previdência no Brasil / Jaime A. de Araújo Olivei- ra, Sonia M. Fleury Teixeira. — Petrópolis, Vozes; (Rio de Janeiro): Associação Brasileira de Pós- Graduação em Saúde Coletiva, 1985. 360p.
	Bibliografia.
	1. Brasil — Política social 2. Previdência so- cial — Brasil — História I. Teixeira, Sônia Maria Fleury. II. Título.
85-1974	CDD — 368.400981

Índices para catálogo sistemático:

1. Brasil: Política previdenciária 358.400981
2. Brasil: Previdência social: História 368.400981

Sumário

PREFÁCIO, 7

INTRODUÇÃO, 11

PARTE I — AS ORIGENS, 17

CAPÍTULO 1 — 1923-1930: Um modelo abrangente, pródigo e civil de Previdência Social, 19

O corte inaugural da história da Previdência no Brasil, 19

O modelo de Previdência dos anos 20: as CAPs, 22

A abrangência do modelo, 23

A prodigalidade do modelo, 28

Os mecanismos de administração e financiamento, 30

O contexto de emergência da Previdência Social no Brasil, 35

Antecedentes (pré-23): o Estado liberal e as reivindicações do movimento operário, 35

Os anos 20: a crise do liberalismo e o surgimento da legislação trabalhista e social, 44

Apêndice, 53

CAPÍTULO 2 — 1930-1945: “Previdência é Seguro”. O apogeu do regime de capitalização, 58

O modelo de Previdência dos anos 30-45: a orientação contencionista, 58

Os dados do orçamento, 58

As mudanças na legislação: o plano de benefícios e serviços, 65

O significado do programa habitacional, 88

A forma de prestação da assistência médica, 90

A receita: o valor das contribuições e o sistema de arrecadação, 94

Tecnocracia e política: o papel dos “intelectuais” do aparelho previdenciário, 107

Da sociedade civil ao aparelho de Estado: as mudanças na administração, 118

Autoritarismo, política social e acumulação: a Previdência e o contexto dos anos 30-45, 131

CAPÍTULO 3 — 1945-1960: A redemocratização e a crise do regime de capitalização, 149

O modelo de Previdência dos anos 45-60: rumo à “Repartição”, 149

Os dados do orçamento, 149

As mudanças na legislação, 154

<i>Do "Seguro à Seguridade": os reflexos do Plano Beveridge,</i>	172
<i>Democracia e política social: a Previdência e o contexto do pós-45,</i>	180
PARTE II — 1966-1983: AUTORITARISMO E PRIVATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA MÉDICA — ACIRRAMENTO DA CRISE PREVIDENCIÁRIA,	199
CAPÍTULO 4 — Implantação do modelo de privilegiamento do produto privado (1966-1973),	201
<i>O financiamento a hospitais,</i>	215
<i>Credenciamento para a compra de serviços,</i>	218
<i>Convênios com empresas: medicina de grupo,</i>	222
Os departamentos médicos da empresa,	223
A "medicina de grupo",	224
A entrada da Previdência: os convênios,	228
A quem interessam os convênios?,	231
CAPÍTULO 5 — Crises e reformas (1974-1979),	235
<i>Criação da Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social — DATAPREV,</i>	241
<i>Ampliação do setor conveniado — convênios com sindicatos, universidades, prefeituras, governos estaduais e outras entidades,</i>	242
Convênios MEC-INPS,	244
<i>Normatização,</i>	249
Plano da Pronta Ação — PPA,	250
Sistema Nacional de Saúde — SNS,	252
<i>Novos mecanismos institucionais — SINPAS,</i>	257
<i>Apêndice 1 — Plano de Pronta Ação,</i>	262
<i>Apêndice 2 — Lei n. 6.229 — de 17 de julho de 1975,</i>	264
CAPÍTULO 6 — Clímax da crise: Transparência da estrutura de poder (1980-1983),	269
<i>Primeiro Movimento: A Crise Ideológica — PREV-SAÚDE — 1980,</i>	270
<i>Segundo Movimento: A Crise Financeira — 1981,</i>	276
<i>Terceiro Movimento: A Crise Político-Institucional. CONASP — 1982,</i>	291
ANEXO — PREV-SAÚDE = Ideologia e poder,	302
BIBLIOGRAFIA,	321
TABELAS E GRÁFICOS,	337

Prefácio

*Carlos Gentile de Mello **

Não pode causar estranheza o sentimento de total perplexidade que se apossa de todos os que se iniciam no estudo do nosso Sistema Nacional de Saúde, diante da sua irrecusável inorganização, inviabilidade, desarticulação, prioridades, falta de perspectivas, descompromissos com os interesses da saúde da população.

Daí por que merece o maior respeito qualquer tentativa no sentido da busca de explicações para o quadro atual do modelo médico-assistencial, nomeadamente do seu subsetor hegemônico representado pela Previdência Social.

Não há por que discordar do fato de que “compreender o papel que a instituição previdenciária vem exercendo na organização social da prática médica é compreender a forma concreta que, no setor saúde, vem assumindo a dinâmica das relações entre classes sociais e Estado”.

O documento produzido por Sonia Maria Fleury Teixeira e Jaime Antônio Araújo Oliveira não significa, apenas, um relato histórico da evolução da “Assistência Médica Previdenciária”. É muito mais do que isso. Trata-se, ao cabo, de análise sociológica da matéria, levando na devida conta os aspectos sociais, políticos e econômicos que influen-

* Este prefácio foi escrito pelo Dr. Carlos Gentile de Mello para a primeira versão do nosso trabalho, que não chegou a ser publicada. Algumas das citações que constam deste prefácio faziam parte de uma introdução teórica que foi eliminada na versão atual. Mantivemos, no entanto, o texto original do Dr. Gentile, em função do profundo respeito, admiração e amizade que sempre nos ligaram a ele (N.AA.).

ciaram e continuam influenciando no funcionamento de um modelo encarado e classificado como caótico, elitista e corruptor.

Nesse particular os autores, de forma didática, identificam as principais correntes de pensamento, cada qual atribuindo a diferentes determinantes as razões que explicam e justificam a política de saúde adotada pelo Governo.

A primeira corrente atribui à reprodução e manutenção da força de trabalho o principal motivo determinante da articulação do setor saúde na sociedade. Em outras palavras, a função prioritária do setor saúde seria manter os recursos humanos em condições de produzir bens e serviços, contribuindo para a riqueza nacional, colocando mão-de-obra disponível para o empresário.

A segunda corrente chama a atenção para a crescente subordinação da prática médica, sua organização, suas características, aos interesses da indústria farmacêutica e dos fabricantes de equipamentos e instalações destinados aos métodos diagnósticos e terapêuticos.

A terceira corrente procura explicar as prioridades dos programas de proteção e recuperação da saúde como decorrência da ordem política, privilegiando, pura e simplesmente, as camadas de população de melhor nível de renda, que, embora minoritárias, são detentoras do poder político.

Esses e outros fatores, não necessariamente excludentes, explicariam “a predominância da prática de atenção médica em detrimento das medidas preventivas de saúde pública”.

Não se esgota, nessa área, o trabalho de Sonia Fleury e Jaime Oliveira. Sobre a medicina desenvolvida pelo nosso sistema de seguros sociais, vale a pena, desde logo, conhecer o seu ponto de vista justificando, plenamente, o estudo analítico do assunto:

“A primeira impressão que é transmitida a um observador ao defrontar-se com este *Complexo Previdenciário de Assistência Médica* é que se trata de um sistema altamente confuso e provavelmente *disfuncional*. Efetivamente este é um julgamento de valor que em nada nos auxilia na

análise do fenômeno. Por que são mantidas formas tão diversas e aparentemente inconciliáveis em um mesmo organismo? Ou, ainda, qual a lógica que preside o funcionamento desse sistema, como se vinculam a eles as diferentes lógicas particulares de funcionamento de cada sistema específico, quais as suas contradições, como se movimenta e evolui, e quais as perspectivas desse sistema, são as questões que precisam ser respondidas. Desvendar essa trama articuladora de sistemas diferentes implica em, como num quebra-cabeças, puxar, a partir de cada uma dessas formas, como um fio condutor, os atores e interesses sociais que lhe dão vida e força”.

Ao descrever a história da Previdência Social, desde as suas origens, antes mesmo da celebrada Lei Eloy Chaves, de 1923, os autores, para melhor facilidade de entendimento, dividem o fenômeno em fases distintas, com características próprias, segundo as ocorrências políticas da sociedade como um todo. E em cada caso procuram dar a sua interpretação. No período de 1966/1973, por exemplo, na medida em que mostram o que ocorreu, resumem nos seguintes termos: “a intervenção estatal na área da saúde, optando pela prática médica curativa e individual veiculada por intermédio da Previdência Social, propiciou a criação de um complexo-médico-industrial, responsável pelas elevadas taxas de acumulação do capital das grandes empresas monopolistas internacionais na área de produção de medicamentos e de equipamentos médicos”.

No momento em que assistimos, com frequência, autoridades e professores cometerem heresias decorrentes de interpretações equivocadas sobre as razões e os objetivos dos programas de saúde da Previdência Social e o seu papel no contexto da Saúde Pública, o trabalho de Sônia Fleury e Jaime de Oliveira deve ter a mais ampla divulgação.

O meu entusiasmo diante desse trabalho resulta do fato de que, depois de tantos anos de estudos, a sua leitura importou em novas áreas de aprendizado, na incorporação de novos conhecimentos a respeito do assunto.

Introdução

A atuação do Estado capitalista em cada formação social e período concretos representa a condensação de um conjunto heterogêneo, complexo e muitas vezes conflitante de funções que precisam ser desempenhadas simultaneamente. Assim, se o Estado deve representar, em última instância e centralmente, os interesses econômicos gerais do conjunto das classes e frações dominantes em cada contexto, por outro lado, a heterogeneidade desse bloco e a correlação de forças ao seu interior encontram uma expressão (se bem não direta, não mecânica) dentro do aparelho estatal. Que, desta maneira, além de representar o conjunto, representa também, mas agora desigualmente, cada uma das frações presentes no bloco no poder. Com predominância, é claro, das que são hegemônicas a nível da sociedade civil e, portanto, também (se bem não mecanicamente no mesmo grau) a nível do aparelho de Estado.

Resulta daí uma primeira tensão na base da dinâmica estatal, que é a produzida pelos freqüentes choques entre os interesses econômicos gerais do conjunto das classes e frações dominantes, por um lado, e, por outro, interesses individualizados de grupos e frações com diferentes graus de poder ao interior desse conjunto.

Mas, além de interesses diretamente econômicos, gerais e setoriais, no interior do bloco no poder, o Estado, enquan-

to instrumento de reprodução das relações sociais, precisa dar conta também dos interesses do mesmo bloco no plano superestrutural. Aqui, além da organização dos instrumentos de dominação e coerção, é preciso também articular mecanismos de geração de consenso, mecanismos que produzam um grau mínimo de aceitação das relações sociais vigentes, e do próprio Estado, por parte do conjunto da sociedade, aí incluídas as classes subalternas.

Tal objetivo não pode ser alcançado e sustentado permanentemente pela mera manipulação e engodo discursivos, sendo necessário que, em alguma medida, algum grau de demandas e interesses (embora geralmente secundários e localizados) das classes subalternas encontre resposta por parte do Estado.

Gera-se com isso um segundo pólo de tensão ao interior da atuação estatal. Ou seja, a que se estabelece entre esta necessária incorporação de interesses de setores subalternos, e os outros dois elementos anteriormente apontados como na base da dinâmica do Estado (os interesses econômicos gerais do bloco no poder, e dos diferentes setores particulares ao seu interior).

A atuação estatal deve, portanto, integrar e articular, de uma forma que é sempre tensa, dinâmica e mutável ao sabor das mudanças na correlação de forças a nível da sociedade, interesses gerais e específicos de setores dominantes e subalternos.

Desta forma, o Estado não é, como pretende a sua visão autoproclamada, tecnocrática e herdeira do contratualismo da filosofia política clássica, uma representação igualitária dos interesses gerais da sociedade, compreendida esta última por sua vez como composta por indivíduos isolados e iguais entre si. Mas, por outro lado, também não é, como pretende a concepção simplificadora da questão “pela esquerda”, a partir de uma leitura mecanicista do marxismo, um “comitê executivo” direto e mecânico, de uma classe dominante pretensamente homogênea, sobre uma classe dominada, idem, e que não encontraria nenhum espaço para representação de seus interesses ao interior do aparato estatal.

Este mesmo quadro, de um conjunto complexo e heterogêneo de tarefas que devem ser desempenhadas simultaneamente e articuladamente pelo Estado, ressurgiu, embora ganhando agora mais concretude, quando procuramos pensar a atuação estatal num de seus âmbitos mais restritos como, por exemplo, aquele que nos interessa mais de perto: o das chamadas *Políticas Sociais*.

Também na base da atuação do Estado neste campo encontraremos, superpostas, um conjunto de determinações que dizem respeito a interesses, ora gerais, ora específicos, de setores dominantes e/ou subalternos. Por exemplo: a garantia de condições mínimas de reprodução e manutenção da força de trabalho e a socialização de seus custos; a resposta a pressões do empresariado privado que atua na produção de bens e serviços consumidos nesta área; a resposta a necessidades e/ou demandas de bens e serviços por parte de setores subalternos.

O maior ou menor peso de cada uma destas linhas de determinação (sempre presentes em seu conjunto) sobre a atuação concreta do Estado na chamada área social, e nos diversos subsetores que a compõem, em cada contexto concreto, é dado pelas oscilações subjacentes na correlação de forças entre os diferentes setores interessados.

É preciso considerar, no entanto, concluindo estas observações iniciais, que a expressão destas oscilações, a nível de atuação real do Estado, não se dá de maneira direta e imediata. Tal coisa ocorre porque o aparato estatal não é totalmente "transparente" à reorganização do campo de forças políticas na sua base e, pelo contrário, resiste de certa forma a elas. Isto gera defasagens temporárias entre as mudanças no plano da sociedade e sua expressão a nível de Estado, e exige uma luta política ativa, tendo como referência o aparelho de Estado, com vista a tornar efetiva as novas possibilidades abertas pelas mudanças na correlação de forças a nível da sociedade.

Foram considerações da ordem das que estão sintetizadas acima que estiveram na base dos dois trabalhos que deram origem a este livro: um estudo sobre alguns aspectos

tos da história da Previdência Social no Brasil (modelos de prestação de benefícios e serviços, mecanismos de financiamento e gestão, determinantes destes quadros), de seu surgimento em 1923 até a uniformização dos antigos IAPs em 1960; e uma análise da política de assistência médica previdenciária no pós-64, com atenção especial para as dificuldades enfrentadas pelas tentativas de reorientação parcial dessa política no pós-74.

As oscilações e mudanças vividas, nos períodos estudados, por este importante setor da política social do Estado brasileiro que é a Previdência, são analisadas à luz de uma concepção do Estado tal como esboçada acima. Ou seja, uma visão do Estado, e de suas políticas, enquanto “condensação de uma relação de forças” para usar a expressão de Poulantzas.

Reciprocamente, a análise da evolução histórica de uma instituição concreta, de um setor específico de política pública, nos permite observar, deste ângulo particular e mais ou menos original, aspectos significativos do padrão de relacionamento entre Estado, classes dominantes e classes subalternas em países como o nosso. Em especial o periódico sacrifício das funções político-ideológicas mais “nobres” e mais gerais do Estado, o sacrifício, enfim, de seu papel de geração de consenso, em nome dos interesses mais diretamente econômicos do bloco no poder, quando não de “mesquinhos interesses econômico-corporativos” de setores até mesmo secundários deste bloco.

Serão vistas, no entanto, no texto que se segue como, mesmo entre nós, as oscilações da vida política (e dentre estas, mas não apenas, o crescimento da pressão “de baixo”) terminam por impor limites a este “desvirtuamento” do papel clássico do Estado, delineando-se desta forma uma história de avanços e recuos nas relações entre Estado e classes subalternas, pela via das Políticas Sociais.

Além da semelhança no referencial de análise, e nas relações entre os objetos, que nos fizeram reunir os dois estudos nesta publicação, ambos têm ainda uma origem institucional comum: fizeram parte de uma investigação

sobre a Previdência Social no Brasil, desenvolvida no interior do “Programa de Estudos Sócio-Econômico em Saúde” (PESES) — convênio FINEP/FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ — entre 1976 e 1978.

Posteriormente foram retomados por nós, e reelaborados como teses de mestrado dos autores, apresentadas, respectivamente, ao Instituto de Medicina Social da UERJ e ao IUPERJ.¹

Para publicação, além de uma revisão formal, procedeu-se a uma adaptação dos dois textos, eliminando-se algumas superposições e passagens que nos pareceram dispensáveis. Foram retiradas, além disso, as introduções originais das teses (cujo conteúdo é mais ou menos sintetizado na abertura deste prefácio) e foram feitos acréscimos com o propósito de atualizar a análise da política de assistência médica previdenciária para os anos 80-82.

Foi mantida, de qualquer maneira, a divisão do texto em duas partes distintas, sendo a primeira de caráter mais histórico e referida à Previdência como um todo, e a segunda ocupando-se mais especificamente da problemática da assistência médica nos anos mais recentes. Considerado, no entanto, que este último setor tem sido o centro das modificações mais significativas em nossa Previdência Social no período mais contemporâneo, o texto como um todo recupera uma unidade e cobre parcela substancial da história da Previdência brasileira.

Gostaríamos de agradecer, entre outras contribuições a este trabalho:

— à FINEP e à Fundação Oswaldo Cruz, instituições financiadoras da pesquisa original;

— ao IMS/UERJ e ao IUPERJ, onde foram defendidas as teses condensadas neste livro;

— aos colegas do PESES, da equipe do projeto de pesquisa², e ao coordenador desta última, Prof. Antônio Sérgio da Silva Arouca;

1. Oliveira, Jaime A. de Araújo. *Política Social, Acumulação e Legitimidade: Contribuição à História da Previdência Social no Brasil (1923-1960)*, Tese de mestrado, IMS/UERJ, 1980, mimeogr.; e Teixeira, Sonia M. Fleury. *Assistência Médica Previdenciária: Evolução e Crise de uma Política Social*, Tese de Mestrado. IUPERJ, 1979, mimeogr.

2. Roberto Passos Nogueira, Cristina Possas, Armando Ribeiro e Marcos Medeiros.

— ao Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (CEBES), no interior do qual desenvolvemos boa parte das reflexões sobre a Política de Saúde contidas na parte final deste texto.

J.A.A.O.
S.M.F.T.

PARTE I
AS ORIGENS

CAPÍTULO 1

1923-1930:

Um modelo abrangente, pródigo e civil de Previdência Social

O corte inaugural da história da Previdência no Brasil

Ao tentar desenvolver um estudo de natureza histórica, uma primeira questão que se coloca é a de onde localizar o marco inicial do objeto da análise. No nosso caso, a Previdência Social no Brasil.

Um tal recorte nem sempre é “dado”, exigindo portanto a explicitação dos critérios utilizados na sua demarcação.

Em relação ao nosso tema, por exemplo, a historiografia oficial (Brasil MTPS, 1965; e Brasil, MTPS, 1973, a) aponta para o ano de 1923, data de promulgação da chamada Lei Eloy Chaves (Decreto n. 4.682, de 24/1/23) que como diz o seu subtítulo:

“Cria, em cada uma das empresas de estrada de ferro existentes no País, uma Caixa de Aposentadoria e Pensões para os respectivos empregados”.

Não há, no entanto, consenso a este respeito, fixando-se, para alguns, o momento de surgimento da Previdência Social entre nós ora em períodos anteriores, ora posteriores àquela data.

A primeira alternativa tem por base o fato de que, na verdade, desde pelo menos o final do século XVIII são feitas tentativas da constituição de instituições de natureza

previdenciária no Brasil. Data de 1795, por exemplo, o “Plano de Beneficência dos Órfãos e Viúvas dos Oficiais da Marinha”. Em 1827, surge o “Meio-soldo (Montepio) do Exército” e, em 1835, o “Montepio Geral da Economia” (Bastos, 1978).

Nos primeiros anos da República são adotadas mais algumas disposições no mesmo sentido, orientadas principalmente a determinadas categorias do funcionalismo público: os funcionários do Ministério da Fazenda (Decreto n. 942-A, de 31/10/1890); os funcionários civis do Ministério da Guerra (Decreto n. 1 318-E, de 20/01/1891); os operários efetivos do Arsenal da Marinha da Capital Federal (Decreto n. 127, de 29/11/1892). É promulgado também, à mesma época, decreto dispondo sobre a concessão de aposentadoria aos empregados da Estrada de Ferro Central do Brasil (Decreto n. 406, de 17/05/1890), estendida depois a “todos os empregados das estradas de ferro gerais da República” (Decreto n. 565, de 12/07/1890).

No extremo oposto, a mitologia estadonovista difundiu amplamente a idéia de que só com Vargas, com a criação dos IAPs (Institutos de Aposentadoria e Pensões), e portanto apenas no pós-30, é que a Previdência Social teve um início efetivo entre nós, desqualificando, dessa maneira, o sistema das Caixas dos anos 20, e as tentativas anteriores.

Alguns autores contemporâneos que se têm ocupado de alguma forma da questão previdenciária no Brasil também compartilham, em última análise, dessa opinião (Donnan-gelo, 1975; Braga, 1978). Embora reconhecendo que “foi criado um número considerável de Caixas antes de 1930”, estes autores desprezam também as medidas adotadas nos anos 20 no âmbito previdenciário, com os argumentos de que: teriam tido pouca importância quantitativa (abran-giam parcela pouco significativa dos assalariados) e o Esta-do estaria ausente das instituições criadas no período (as CAPs).

Dentre as alternativas acima, nós assumimos a opção pelo corte em 1923, na Lei Eloy Chaves, no sistema das CAPs dos anos 20. Em função dos seguintes argumentos (que são por ora rapidamente listados, e que serão mais desenvolvidos no decorrer do texto):

1º) É extremamente duvidoso que as disposições sobre Previdência Social anteriores a este momento tenham, em escala significativa, passado “do papel”. As tentativas de criação de instituições previdenciárias anteriormente aos anos 20 tiveram sempre um âmbito muito limitado e, ao que parece, poucas vezes alcançaram implementação concreta. Na verdade, como se verá, uma tal situação não era restrita à problemática previdenciária, mas sim estava igualmente presente, à época, em todo o campo da legislação trabalhista e social.

2º) As instituições previstas no Decreto de 1923 — as Caixas de Aposentadoria e Pensões — foram, ao contrário, efetivamente implementadas. E já a partir daquele mesmo ano.

Como se pode observar nas Tabelas I e II, ao final do ano de 1923 (o decreto é de janeiro) estavam criadas 24 Caixas, que abrangiam 22 991 segurados, arrecadaram 13.600:000\$000 (treze mil e seiscentos contos de réis) e dispenderam mil e setecentos contos, dos quais 800 com assistência médica e 400 com aposentadorias.

3º) Essa mudança não é ocasional, nem um fato isolado. Os anos 20, como se discutirá mais adiante, correspondem a uma modificação significativa na postura até então marcadamente liberal do Estado frente à problemática trabalhista e social. Postura que dominou o período que vai da promulgação da Constituição e fim do Governo Provisório, em 1891-92, até mais ou menos 1919 (primeira lei sobre indenização por acidentes de trabalho).

Assim, o surgimento efetivo da Previdência no Brasil, em 1923, é um fato que se insere num contexto político e social mais amplo, de mudanças, que procuraremos discutir mais adiante.

Por outro lado, a ruptura com o liberalismo anteriormente dominante nesta área se dá aí, nos anos 20, e não apenas no pós-30, como procurará fazer crer mais tarde a propaganda estadonovista. Procede-se naquela década, portanto, a um corte irreversível sobre esta questão, inaugurando um processo da intervenção crescente do Estado no âmbito da problemática trabalhista.

4º) No âmbito específico da Previdência, se por um lado é verdade que o Estado não participava ativamente das CAPs nos anos 20, nem no plano administrativo nem no plano financeiro, por outro lado isso não deve ocultar o dado novo, introduzido neste período, que é a imposição legal (ou seja, a partir do Estado) da criação de instituições previdenciárias em determinados setores da economia.

A não participação direta do Estado na administração e no custeio (a que chamaremos adiante de caráter “civil” ou “neoliberal” da Previdência nos anos 20) corresponde apenas à *forma específica de intervenção do Estado* sobre a questão previdenciária no período. Assim, não deve funcionar como um estímulo à sua exclusão do campo de estudo. Pelo contrário, é importante analisá-la para a compreensão das modificações que vão se seguir, incluída aí a participação crescente do Estado.

5º) Em relação ao pós-30, portanto, o capítulo que trata deste período procurará demonstrar que, longe de corresponder à *criação* da Previdência Social no Brasil, ele em primeiro lugar já encontrará montada e em funcionamento uma estrutura previdenciária que contava com mais de 40 instituições, envolvendo mais de 140.000 trabalhadores, com uma arrecadação anual da ordem dos 60 mil contos e despesa de mais de 40 mil, em vários itens (v. Tabelas I e II). Estrutura que abarcava, em 30, já não mais apenas os ferroviários mas também os portuários e marítimos, estando em tramitação no Congresso, quando da Revolução, o decreto que estenderia o sistema também aos comerciários. (Oliveira, 1980).

Com base nestes critérios é que tomamos o ano de 1923 e a Lei Eloy Chaves como constituindo o corte inicial deste estudo.

O modelo de Previdência dos anos 20: as CAPs

Os anos entre 1923 e 1930 correspondem àquilo que procuramos demarcar como correspondendo a um primeiro período da história da Previdência brasileira. Este recorte tem por base a noção de que, ao longo daquele intervalo,

vigorou, de maneira mais ou menos homogênea, um determinado padrão de funcionamento da estrutura previdenciária no País, que será modificado nos anos que se seguem a 30.

As características centrais que supomos perceber neste primeiro modelo de funcionamento da Previdência brasileira, e que o definem como tal, são aquelas indicadas no título deste capítulo. Ou seja: uma relativa *amplitude no plano de atribuições* das instituições previdenciárias; uma *prodigalidade nas despesas*; e a *natureza basicamente civil privada* daquelas instituições.

É preciso ressaltar, em especial no que tange aos dois primeiros destes traços, o seu caráter de relatividade. Ou seja, não se está tomando por referência, ao apontá-los, nenhum padrão ideal, abstrato, de organização de sistemas previdenciários, mas sim o modelo que vai suceder, concretamente, a este no pós-30. Em outras palavras, quando dizemos que a Previdência dos anos 20 era “abrangente e pródiga”, o fazemos por comparação ao padrão restritivo do plano de atribuições e de despesas que vai caracterizar, em linhas gerais, como veremos, o sistema previdenciário do período seguinte.

Dois decretos estabelecem as bases deste mecanismo: o primeiro, já referido, de 1923 (a “Lei Eloy Chaves”) e o segundo, de 1926 (Decreto n. 5.109, de 20 de dezembro). O segundo decreto “estende o regime” do anterior a outras categorias além dos ferroviários (portuários e marítimos) e introduz algumas especificações e ampliações sobre o disposto em 23. Mas sem romper com o modelo geral então definido, conforme já foi adiantado acima.

A abrangência do modelo

Os dois decretos citados definiam, como atribuição obrigatória das instituições previdenciárias, um plano de benefícios pecuniários e serviços, que será criticado pelos técnicos do pós-30 como sendo *excessivamente amplo*.

Este plano começava a ser demarcado pelo artigo 9º da “Lei Eloy Chaves”, que dizia:

“Os empregados ferroviários a que se refere o artigo 2º desta lei, que tenham contribuído para os fundos da Caixa com descontos referidos no artigo 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”.

Já podemos chamar a atenção aqui, neste primeiro artigo, para algumas características do que estamos denominando a abrangência ou amplitude do modelo previdenciário então estabelecido, e que serão criticadas no pós-30.

Em primeiro lugar, o fato dele aliar à concessão de *benefícios pecuniários* (aposentadorias e pensões) a prestação de *serviços* (no caso, médicos e farmacêuticos). É interessante observar que, na ordem de apresentação do artigo, os serviços vêm dispostos em primeiro lugar, antes mesmo dos benefícios pecuniários.

Ainda neste mesmo artigo deve-se chamar a atenção para a amplitude na definição dos beneficiários dos serviços médicos. Note-se que o decreto estende o direito a estes serviços não apenas ao segurado, mas também, amplamente, a todas as “pessoas de sua família que habitem sob o mesmo teto e sob a mesma economia”.

Ainda no decreto de 1923, os artigos 12 a 16 dispunham sobre o que se deveria entender por “aposentadoria”. O artigo 12 definia os critérios para a concessão da aposentadoria ordinária: 30 anos de serviço e 50 anos de idade, conjuntamente. O artigo 13 dispunha que seria concedida aposentadoria por invalidez, nos mesmos valores financeiros da aposentadoria ordinária, desde que o segurado contasse com pelo menos 10 anos de serviço. Mas esse prazo de carência era eliminado (artigo 15) nos casos em que a invalidez resultasse de acidente de trabalho. Mantendo-se além disso, nestes casos (artigo 16), inalterado o direito à indenização prevista na lei de acidentes de 1919.

O artigo 45 previa a concessão de um terceiro benefício pecuniário, além das aposentadorias e pensões: o pagamento de “50% dos respectivos vencimentos” aos segurados que fossem “chamados ao serviço militar (...) pelo período em que durar aquele serviço”.

O decreto de 1926 ampliava as características de abrangência do decreto anterior, apontadas acima. Assim, o seu artigo 14 não apenas mantinha as atribuições definidas em 1923, mas, em relação à assistência médica, acrescentava o item "*internação hospitalar, em casos de intervenção cirúrgica*". E criava um novo benefício pecuniário: o "*pecúlio*".

Além desse, e do auxílio serviço-militar, era estabelecido o "*auxílio para funeral*".

Ampliava-se mais ainda (artigo 29) a clientela abrangida pela assistência médica das Caixas. Agora também os herdeiros ("de acordo com a ordem de sucessão") de segurados falecidos continuariam tendo direito a esses serviços.

O artigo 27 obrigava as CAPs a arcar com a assistência aos acidentados no trabalho, ampliando a legislação a este respeito:

"Nos casos de acidente do 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".

O artigo 17, por sua vez, eliminava formalmente o critério de idade para a concessão de aposentadoria ordinária (anteriormente fixada em 50 anos), ao falar apenas em "30 anos de serviço". Se bem que o mesmo artigo dispunha mais adiante que o tempo de serviço só seria contado "a partir do dia em que o segurado completar 18 anos, se tiver sido admitido ao serviço antes dessa data". O que, na prática, correspondia então apenas a reduzir a idade mínima de concessão de aposentadoria para 48 anos (18 + 30). Mas isso correspondia, de qualquer maneira, a um avanço, a uma maior liberalização nos critérios de concessão daquele benefício.

O prazo de carência para a concessão da aposentadoria por invalidez que não fosse resultante de acidente de trabalho (anteriormente fixado em 10 anos) era reduzido para 5 anos (artigo 22).

E, finalmente, o artigo 43 apresentava uma disposição importante, se bem que de natureza não propriamente previdenciária: a estabilidade no serviço aos 10 anos (direito reconhecido pela primeira vez no país).

Pode-se resumir, então, as características de *amplitude* do modelo previdenciário dos anos 20 nos seguintes pontos:

a) união de *serviços* aos benefícios pecuniários;

b) liberabilidade na definição dos *beneficiários* destes serviços;

c) extensão dos *benefícios pecuniários* para além das aposentadorias e pensões;

d) liberabilidade na definição de “aposentado”, ou seja, nos critérios para concessão deste benefício.

Sobre este último ponto, é interessante observar os dados de nossa Tabela VIII, que pretende estudar exatamente a dinâmica do funcionamento da concessão de aposentadorias e pensões nos diferentes períodos em análise neste trabalho. Começando pelo ano de 1929 (que é o primeiro para o qual temos dados diretos sobre o número de benefícios concedidos), pretendemos avaliar que fração da massa segurada alguns anos antes entrava um benefício em cada ano da série. Arbitramos, neste sentido, um intervalo de cinco anos (período de carência para a aposentadoria por invalidez).

Feitos os cálculos pode-se observar que, ao final do nosso primeiro período de análise (anos 1929 e 1930), o número de aposentadorias concedidas por ano correspondia a cerca de 20% do número de segurados cinco anos antes. Pode-se notar, desde já, na referida Tabela, como este percentual cai progressivamente no período 1930-1945.

Para as pensões não ocorre um comportamento semelhante, e os dados para cada ano oscilam, ao contrário, em torno de um valor médio, ao longo de toda a série histórica. Isso parece corroborar nossa hipótese sobre a diferença entre os períodos, no que tange à concessão das aposentadorias. O que acontece é que, ao contrário destas, o critério para concessão de pensões é fixo e imutável: a morte do segurado. Enquanto os critérios para a concessão de aposentadorias dependem, como veremos, de definições legais e, desta maneira, oscilam ao longo do tempo.

Um último aspecto a ressaltar, no que diz respeito à amplitude do modelo de Previdência dos anos 20, é relativo à questão da *forma de prestação dos serviços médicos*.

Ao que parece, boa parte da assistência médica aos segurados era prestada, no período, por terceiros. As CAPs, em geral, adotavam a prática de arrendar períodos de trabalho de médicos privados em seus consultórios, durante os quais eram feitos, então, atendimentos aos segurados.

Paralelamente, no entanto, abriu-se a possibilidade da constituição de *serviços médicos próprios das Caixas*. A esse respeito, dizia o artigo 13 do decreto de 1926:

“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 permitam”.

Não nos foi possível determinar em que quantidade estes serviços próprios foram criados no período em questão. No entanto, a sua existência nos primórdios de nossa Previdência Social constituir-se-á num problema para os defensores das tendências contencionistas das despesas no pós-30. Como já foi adiantado, estes pretendiam eliminar o item “assistência médico-hospitalar” das atribuições obrigatórias da Previdência Social. Mas se defrontavam com uma situação em que a experiência anterior de nossa Previdência incluía, não apenas a garantia do fornecimento dessa assistência através de terceiros, mas também, em certa medida, uma estrutura própria das CAPs para o mesmo fim.

Em outras palavras os teóricos da questão previdenciária no pós-30 procurarão defender a idéia de que “*Previdência*” não deve incluir “*Assistência*”; de que ela deve se constituir como um sistema de concessão de “*benefícios pecuniários*” exclusivamente, e não de “*serviços*”. Estas próprias categorias só sendo, aliás, constituídas aí, durante este debate, que pretende distinguir as duas coisas, até então intimamente vinculadas na experiência concreta de nossa Previdência Social.

Ora, a existência de serviços médicos próprios das instituições previdenciárias funcionava como que uma expressão física dessa experiência anterior de fusão entre “Previdência”

e “Assistência”. A idéia de criar serviços próprios mostra como, para o modelo previdenciário dos anos 20 (ao contrário do que lhe vai suceder), a assistência médica é vista como uma atribuição fundamental. E a resistência do pós-30 a essa idéia terá que enfrentar o precedente então criado.

A prodigalidade do modelo

A relativa amplitude do plano de benefícios pecuniários e serviços, e a liberalidade na definição de seus beneficiários resultava, obviamente, em custos elevados do sistema de Previdência dos anos 20. Já vimos que, ao longo do período, os gastos totais elevaram-se, rapidamente, em apenas 7-8 anos, a 65% da receita (Tabela I).

No que tange à assistência médica e hospitalar, apesar do rápido crescimento da massa segurada (que se multiplica por 6 no período — Tabela II), os gastos reais “per capita” são mantidos em torno dos Cr\$ 150,00 (valores corrigidos para cruzeiros de 1976 — Tabela VII). Observe-se que, no período seguinte, estes valores vão cair intensamente (a cerca de apenas Cr\$ 25,00 ao seu final), de maneira significativa, mesmo se considerarmos que o crescimento da massa segurada foi, aí, mais intenso (Tabela II).

Em outras palavras, no período 23-30, a ampliação anual dos gastos nominais com assistência médica (Tabela I) conseguia acompanhar o crescimento da população segurada, mantendo-se assim o mesmo padrão real de gastos por segurado. No período seguinte, ao contrário, tal coisa não mais se dará.

Em relação às aposentadorias não há apenas, no período ora em análise, uma maior liberalidade na concessão destes benefícios, mas também o *valor real médio das aposentadorias* é significativamente mais elevado, então, do que o será nos anos seguintes. Ver neste sentido a Tabela IX. Enquanto em 1929-1930 cada *aposentado* recebia por ano, em média, cerca de 11.000 cruzeiros (valores de 1976), estes valores vão cair a cerca de apenas 1/3 até o final do período seguinte.

Em relação às pensões algo semelhante ocorreu, embora com intensidade um pouco menor (Tabela IX). De cerca de 2.000 cruzeiros anuais, o seu valor médio vai cair a mais ou menos a metade disso no final do período seguinte.

Assim, pode-se perceber como, nesta primeira fase da vida de nossa Previdência Social, não apenas concedia-se um espectro relativamente amplo de benefícios e serviços e facilitavam-se as condições para o recebimento destes, mas também os gastos por segurado, por aposentado, e por pensionista eram significativamente mais elevados.

Uma última observação deve ser feita, ainda nesta seção, a respeito da sistemática de cálculo do valor das aposentadorias e pensões. A legislação sobre Previdência deste período que estamos analisando explicitava claramente esta sistemática. Assim, dispunha o artigo 11 do decreto de 1923, sobre as aposentadorias ordinárias:

“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, 250\$000 e mais 70/100 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 valor das pensões (artigo 28) era definido como 50% do valor da aposentadoria a que o segurado falecido teria direito em função de seu salário, calculada esta segundo a fórmula acima. E as aposentadorias por invalidez teriam, como já vimos, um valor igual ao da aposentadoria ordinária.

O decreto de 1926 (artigo 16) apresentava uma sistemática de cálculo semelhante, no que tange às aposentadorias ordinárias. Apenas elevava os percentuais por relação aos salários, para todas as faixas de renda, elevando assim o valor absoluto de todas as aposentadorias (as Tabelas III, IV e V comparam as disposições dos dois decretos, e seus resultados). Além disso, tomava para cálculo, não mais a média dos salários percebidos nos últimos cinco anos,

mas sim apenas nos últimos três anos (o que deveria, igualmente, aumentar o valor dos benefícios).

As pensões seguiam correspondendo a 50% do valor das aposentadorias.

Uma medida surpreendentemente restritiva (contrastando com a tendência geral do decreto, de avançar em relação às disposições de 1923) era adotada em relação às aposentadorias por invalidez. Estas deixavam de ter o mesmo valor das ordinárias e passavam a ser proporcionais ao tempo de serviço do segurado até então (“será aposentado com tantos 30 avos quantos forem os anos de serviço”. Artigo 22, § único).

O que queremos frisar, no que tange aos comentários dos últimos parágrafos, é que em ambos os decretos estavam claramente explicitados os critérios para determinação do valor dos benefícios pecuniários. Como veremos no capítulo seguinte, o pós-30 deslocará do âmbito da legislação para os gabinetes dos tecnocratas da Previdência o poder de decisão sobre o valor destes benefícios. Ou seja: essa decisão sairá da esfera da lei, do Parlamento e, portanto, da esfera de decisão explicitamente política, para o campo apenas aparentemente “neutro” das pretensas decisões “técnicas”.

Os mecanismos de administração e financiamento

Prosseguindo a análise do modelo de Previdência estabelecido nos anos 20, é interessante abordar também a maneira como estavam organizados a administração e o financiamento das Caixas.

Começemos pela administração. A esse respeito, o artigo 41 da Lei Eloy Chaves 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: as Caixas (que eram organizadas no âmbito de cada empresa) seriam administradas por comissões, compostas por representantes *da empresa* (três representantes, um dos quais assumindo o cargo de presidente da comissão), e representantes *dos empregados* (dois representantes, eleitos diretamente a cada três anos).

A presença do poder público só era prevista na forma de um controle à distância, ou seja, como uma instância externa ao sistema administrativo, destinada exclusivamente à resolução de conflitos entre, por exemplo, a administração das Caixas e algum segurado. Assim, tratava desta matéria apenas o artigo 32 da Lei Eloy Chaves, que dizia:

“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”.

Na prática, como veremos, este “Departamento Nacional do Trabalho” nem chegou a ser criado, efetivamente, no período em questão. Mas, de qualquer maneira, o papel que se previa para ele era apenas o de um controle à distância e “a posteriori”, exercido apenas a partir de recursos sobre decisões autônomas do Conselho, impostos por terceiros interessados.

Em síntese, o que queremos frisar é que, nos anos 20, a nossa Previdência Social estava organizada na forma de instituições de natureza fundamentalmente *civil, privada*, do ponto de vista da sua gestão. O controle por parte do poder público se fazendo apenas de maneira externa ao sistema, como aquele existente, de resto, e em geral, para qualquer outra instituição de caráter privado.

O decreto de 1926 mantém a mesma estrutura administrativa prevista em 23 (um Conselho de Administração composto apenas por representantes da empresa e dos empregados). Apenas detalha, com maior grau de especificação, a idéia geral, já anteriormente estabelecida, da capacidade de intervenção eventual de uma instância superior — um órgão do poder público, que se chamaria agora “Conselho Nacional do Trabalho” (CNT) — sobre as Caixas.

Assim, o artigo 40 deste decreto 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 artigo 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-offício’”, 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 Caixas, de que trata a presente lei, impor multas, cassar mandatos aos 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, portanto, o alcance da intervenção do Estado nas Caixas (definindo punições, por exemplo), 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 era prevista antes), mas como agência externa ao sistema, que desenvolvia uma ação meramente corretiva e temporária, mantendo-se sempre à distância.

Em relação ao financiamento (fontes de receita e mecanismo da sua arrecadação) coisa semelhante se dava.

O Estado não participava propriamente do custeio das Caixas, que, de acordo com o determinado pelo artigo 3º da Lei Eloy Chaves, eram mantidas 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 aumentos de salários, “somadas pagas a mais 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 subsequentes, este sistema não incluía o quesito “*contribuição da União*” que figuraria posteriormente no financiamento da Previdência.

A esse respeito, dizem Silva e Mahar (1974):

“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)”.

Ou seja, também no que tange às fontes de receita se pode ressaltar o caráter neoliberal das instituições previdenciárias nos anos 20, por comparação aos períodos subsequentes. Em síntese, “o Estado” não é um contribuinte do sistema.

Essa outra distinção entre o pré e o pós-30 fica melhor esclarecida se estudarmos o *mecanismo de recolhimento das fontes da receita* nos dois períodos. Uma vez que a noção de “contribuição do Estado” (do pós-30) é algo confusa, na medida que provém igualmente (como a “contribuição do consumidor” dos anos 20) de impostos indiretos acrescentados aos preços de bens e serviços. Comparemos então os dois processos.

No sistema das Caixas estabelecido pela Lei Eloy Chaves, *as próprias empresas* deveriam recolher mensalmente o conjunto das contribuições *das três fontes da receita*. Ou seja: as suas próprias contribuições (1/12 de 1% da renda bruta do ano anterior, por mês); as contribuições dos tra-

balhadores (descontadas mensalmente dos salários, em folha); e as contribuições dos usuários dos serviços *da empresa* (o montante correspondente ao imposto cobrado sobre os preços, arrecadado no mês).

Esse conjunto de contribuições era então depositado, *pela empresa*, diretamente na conta bancária *da sua Caixa de Aposentadoria e Pensões* (artigos 4º e 5º). Estabelecendo-se, portanto, uma *relação direta entre cada empresa e sua Caixa*, através da qual esta última recebia o *total* da arrecadação a que tinha direito por lei. Sem qualquer mediação estatal nestes trâmites financeiros, portanto.

O decreto de 1926 mantém basicamente a mesma estrutura financeira prevista na Lei Eloy Chaves. Apenas eleva as parcelas de contribuição das empresas e dos usuários (mantendo nos mesmos níveis as dos trabalhadores). Assim, o artigo 3º do decreto mandava aumentar de 1 para 1,5% da renda bruta anual a contribuição das empresas. E de 1,5 para 2% sobre os preços, a “*quota de Previdência*” cobrada aos usuários.

O artigo 37 introduzia uma nova fonte de receita ao determinar que também os aposentados e pensionistas continuassem contribuindo para sua Caixa. Essa disposição, que deve ter tido um efeito negativo sobre o valor dos benefícios, é, no entanto, mantida no período seguinte.

Fica assim apresentado, finalmente, o modelo de Previdência Social em vigor entre nós nos anos 20. É verdade que, ao final desse período, ele abarcava uma parcela ainda restrita das classes trabalhadoras urbanas, representada apenas por três categorias profissionais, estando em tramitação no Congresso, como já dissemos, o decreto que estenderia o sistema aos comerciários. Mas o que nos interessa ressaltar aqui é a orientação que foi impressa então à Previdência Social entre nós.

Criara-se uma estrutura previdenciária caracterizada pela amplitude na definição de suas atribuições; pela liberalidade na concessão de benefícios e serviços; pela prodigalidade nos gastos com estes serviços e benefícios; e por outro lado, pela natureza fundamentalmente civil das instituições de Previdência, tanto no que tange à sua gestão, quando no referente à sua estrutura financeira.

O contexto de emergência da Previdência Social no Brasil

Ao tratar do que recordamos como o primeiro período da história de nossa Previdência Social (1923-1930), procuramos demonstrar que se estabelece aí um modelo “abran-gente e pródigo de funcionamento. É de supor, portanto, tendo em vista nossas considerações introdutórias que estas características iniciais de nossa Previdência Social deveriam derivar de um contexto em que a questão da legitimidade, do consenso, etc. se colocassem de maneira marcante.

Mas, para analisar este contexto de emergência, é preciso, inicialmente, retroceder um pouco. Ou seja, ao período que antecede imediatamente o surgimento da legislação trabalhista e social dos anos 20.

Antecedentes (pré-23): o Estado liberal e as reivindicações do movimento operário

Nossa intenção, como dizíamos nesta seção final do capítulo, é a de procurar compreender por que a Previdência Social ao nascer, nos anos 20, assume as características que já foram discutidas. Para isso é necessário partir das condições que estão na base da ruptura representada pelos anos 20 no âmbito da problemática trabalhista e “social”. Ou seja: o choque crescente, ao longo da República Velha, até 1919, entre, por um lado, a postura marcadamente liberal do Estado frente àquelas questões e, por outro, um movimento operário-sindical que, apesar das dificuldades e oscilações, assumia importância crescente e se posicionava de forma cada vez mais marcada contra tal postura. Tratemos, portanto, inicialmente, desta questão.

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”. Rodrigues (1968) descreve assim esta situação:

“Na República, a rígida aplicação do princípio da ‘liberdade do trabalho’ ou ‘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 (1976) corrobora este ponto de vista acrescentando que esta postura liberal só se inicia com o regime inaugurado pela Constituição de 1981.

Fausto (1977) aponta na mesma direção:

“Por toda parte impera o reino da liberdade; a legislação fabril, esta ‘primeira reação consciente e sistemática da sociedade contra a marcha elementar do processo produtivo’, é muito restrita e ineficaz. Sobre o trabalhador recai não só a forma absoluta de extração do excedente como ainda a contínua insegurança. Em regra, nada impede a despedida imediata após longos anos de serviço, os frequentes acidentes não são indenizados, inexiste a previdência social; no horizonte não se desenha a expectativa da aposentadoria, por magra que seja”.

Quanto aos determinantes desta postura “liberal ortodoxa” do Estado frente ao mercado de força de trabalho, os autores em que estamos nos baseando para a análise do período apresentam matizes de interpretação, que são importantes para nossa discussão posterior.

Rodrigues (1968), por exemplo, vê na base deste problema “os interesses da livre empresa”. Referindo-se à permanente não efetivação da incipiente legislação trabalhista e social que uns poucos parlamentares antiliberais teimavam em tentar implementar, diz ele:

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*”.

Ora, esta “livre-empresa” deve ser compreendida como a empresa *industrial*, então nascente entre nós, uma vez que toda a discussão sobre o liberalismo estava praticamente restrita à questão da intervenção estatal sobre o trabalho *urbano*. As condições de exploração no campo não eram objeto de debate semelhante, nem à época nem por muito tempo depois. E um dos fatores fundamentais para tanto era a não existência, no setor agrário, de uma mobilização política das classes trabalhadoras nem de longe proporcional à que se desenrolava nas cidades.

Sem sombra de dúvidas, à nascente e frágil burguesia industrial brasileira do início do século era fundamental a permanência do estatuto liberal, que lhe garantia condições “selvagens” de exploração da força de trabalho. Mesmo mais adiante, nos anos 20, quando essa forma de ordenação da sociedade começa a ser rompida, ouvir-se-á intensamente a grita do empresariado industrial contra a legislação trabalhista e social que começava a surgir.³

O que é problemático, no entanto, é a idéia de que os interesses dessa (à época) incipiente fração de classe, minoritária no interior do bloco no poder, pudessem determinar em tal medida os rumos da orientação do Estado. Estado que, como se sabe, era então francamente dominado e dirigido pela oligarquia agrária e, principalmente, por sua fração exportadora.

Para essa última, a questão do liberalismo nas relações entre capital e trabalho era determinada fundamentalmente, ao que parece, por outra via, menos direta, uma vez que, repetimos, não estava em jogo a intervenção estatal sobre as relações de trabalho no campo.

A esse respeito, considera Vianna (1976) que a questão central era colocada pela problemática do *federalismo*. A autonomia dos Estados, esta sim, era um tema vital, como se sabe, aos interesses da fração de classe dominante, na medida em que lhe permitia não compartilhar com o conjunto da nação as vantagens auferidas a partir de sua posição econômica privilegiada.

Mas a preservação da organização autonomista do país, para que atingisse um caráter consensual, exigia a sua inserção num contexto ideológico mais amplo. Sua inserção numa “weltanschauung” liberal, que, para ser coerente, para funcionar como visão-de-mundo, precisava invadir todos os campos, todos os setores da vida social. Inclusive a questão que nos ocupa, da (não) intervenção estatal sobre as relações entre capital e trabalho *urbano*.

Diz, a esse respeito, o autor citado:

3. Ver, a respeito, por exemplo, VIANNA (1976), capítulo 2.

“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 lógica 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 mas ou menos sutilmente a possibilidade da descoberta de outros postulados, como o de Nação, como quis o Governo Provisório” (Vianna, 1976).

Em outras palavras, o que queremos frisar é que o contexto de emergência da Previdência Social no Brasil — que é, mais amplamente, também, o contexto de emergência da legislação trabalhista entre nós — é marcado, em um de seus aspectos básicos para nossa discussão, pela ruptura com o liberalismo por parte de um Estado que ainda é aquele dominado pela oligarquia agrária. E que essa ruptura não corresponde a nenhum choque com os interesses fundamentais da fração de classe dominante.

Como veremos logo adiante, este parece ser um aspecto importante para a compreensão da forma concreta que a Previdência vai assumir entre nós neste primeiro período da sua existência.

A postura liberal do Estado na conjuntura anterior aos anos 20, a que vimos fazendo referência, concretizava-se na quase inexistência, à época, de disposições legais relativas às questões ditas trabalhistas e sociais. E, muito mais ainda, no que se refere a medidas concretas nesta área.

A partir da década de 10, principalmente, começaram a surgir no Congresso alguns parlamentares mais sensíveis à “questão social”, como Maurício de Lacerda, Nicanor Nascimento, 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, como se sabe, 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; férias; descanso semanal; criação de juntas de conciliação e arbitragem; instalação de creches; esta-

bilidade no emprego; etc. No entanto, diz Rodrigues 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”.

Também no que se refere ao âmbito mais específico deste estudo — a previdência social — a situação era a mesma. Maurício de Lacerda, por exemplo, apresentou em 1917 um projeto de lei criando o Departamento Nacional de Trabalho. Segundo Rodrigues (1968) (ver também Fausto, 1977), o projeto tornou-se “Decreto Legislativo” (Decreto n. 3.550, de 16/10/1918), 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” do Ministério da Agricultura). No entanto, o Executivo jamais usou a autorização do Congresso.

No âmbito assistencial, o quadro era o mesmo. Alves (1949) historia a seqüência de tentativas frustradas, 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.

A visão de mundo liberal, e seus reflexos sobre o nosso tema, extrapolavam o âmbito do Parlamento e do aparelho de Estado, encontrando consenso quase generalizado a nível da sociedade civil. Tome-se como exemplo a postura adotada, a esse respeito, pela grande imprensa do período. (V. Oliveira, 1980).

No entanto, o setor social obviamente mais interessado nestas questões — as classes trabalhadoras urbanas — vinha reagindo de maneira cada vez mais intensa à postura liberal do Estado. F esta é a outra faceta do período que ora estamos considerando.

A análise deste problema nos obriga a rever a questão do surgimento e crescimento destas classes, e da sua ação política e reivindicatória no período que vai do fim do século a 1919.

O *boom* da economia cafeeira, a partir de meados do século passado, e o início de sua prolongada crise, já em fins do século, criaram, como se sabe, as condições para o deslocamento do pólo dinâmico da economia nacional para a região centro-sul do país (Rio e São Paulo), e para o crescimento urbano-industrial nesta área. As exigências do comércio crescente do café impuseram e possibilitaram a expansão e modernização da infra-estrutura de transportes (ferroviários e marítimos) e dos portos de exportação (Rio e Santos). Por outro lado, os excedentes gerados na cultura e no comércio do café começaram a ser deslocadas, em parte, para empreendimentos industriais, à medida que se criava um mercado atraente e que avançava o processo crônico de desvalorização daquele produto nos mercados internacionais.⁴ Em contraposição ao padrão até então vigente no país, de pequenas empresas industriais (em geral semi-artesanais ou manufatureiras) dispersas por todo o território, começava a surgir um pólo mais significativo de concentração industrial naquela região.

Nascia assim, aí, um setor “moderno” da economia, onde se expandiam o secundário e o terciário. E com ele surgia o que se podia chamar, pela primeira vez com propriedade, de uma “classe operária” no país.

Emergia assim, na estrutura da sociedade brasileira, um novo contingente, formado por trabalhadores assalariados, nas empresas modernas, capitalistas, no setor de transportes e na indústria. A isso se somavam os trabalhadores das empresas mais tradicionais, de base artesanal ou manufatureira, que também se expandiam na proporção do progressivo crescimento urbano.

Em síntese, crescia, objetivamente, a presença de uma massa trabalhadora urbana na sociedade brasileira.

Esta massa foi composta, em grande medida, como se sabe, por mão-de-obra estrangeira. O Estado implementara, ativamente, programas de atração de emigrantes do sul da Europa, para o trabalho no campo. Daí, no entanto, à medida que avançava a crise do café, estes trabalhadores começaram a deslocar-se para as cidades, indo formar o nascente

4. Ver, a este respeito, além dos autores em que temos nos baseado para a análise do período: Silva, 1976; e Dean.

proletariado fabril ou desenvolver atividades artesanais e no setor serviços.

A experiência política do trabalhador imigrante, oriundo de outro contexto social, parece ter sido um elemento significativo para que, de maneira tão “precoce”, o nascimento de uma massa trabalhadora urbana no Brasil encontrasse formas de expressão tão agudas na cena política, como o foram os acontecimentos que marcaram os primeiros vinte anos do século.

E, efetivamente, não se pode desprezar a presença da movimentação operário-sindical na cena política do período, como o procurou fazer até hoje a historiografia oficial. Os autores em que temos nos baseado para a análise desta conjuntura descrevem extensamente a amplitude dessa movimentação à época.

Em síntese, o que se descreve ali, -exaustivamente, é como, apesar da legislação e da ação estatal repressivas do período, este é marcado por um impressionante número de greves, de diferentes amplitudes, que chegam a ser gerais em São Paulo em 1917 e 1919; por um crescente número de associações, grupos, sindicatos e partidos políticos de base operária; por um grande número de publicações periódicas destes grupos, muitas bilíngües, ou em línguas estrangeiras; pelo número de outras manifestações de natureza cultural, “meetings” políticos, manifestações públicas relativas a acontecimentos internacionais, etc.; e pela violência que atingiram muitas das greves, tentativas insurrecionais mais amplas, e sua repressão.

No entanto, nossa preocupação nesta passagem do texto está mais especificamente voltada para a ação reivindicatória deste movimento, *no que tange à cobrança ao Estado de uma ruptura com sua postura liberal frente à problemática trabalhista e social*, e, conseqüentemente, pela promulgação de uma legislação relativa a estes temas, que fosse efetivamente posta em prática.

A questão, aqui, é um pouco mais complexa. É consensual na literatura sobre o período a informação de que, nos primórdios da movimentação operária da passagem do século, esta estava fortemente dominada pela orientação

anarquista, ou anarco-sindicalista. Esta situação “comum a quase todos os países latino-americanos (...) até à Revolução Russa”, no dizer de Fausto (1977), tinha por base, por um lado, a influência dos trabalhadores imigrantes, quase todos oriundos do Sul da Europa (Itália, Portugal, Espanha, França), região onde segundo Fausto (1977), predominavam as doutrinas anarquistas no movimento operário. Por outro lado, e ainda segundo Fausto (1977), “a relativa similaridade do estágio de desenvolvimento do capitalismo industrial (naqueles países) e na América Latina” fazia com que estas doutrinas encontrassem aqui “campo propício” (predomínio da “pequena indústria de propriedade individual ou familiar, na qual a organização do trabalho se baseava amplamente em trabalhadores qualificados, nos ex-artesãos convertidos em assalariados”).

Como se sabe, em sua formulação original a estratégia política do anarquismo tem por base a ênfase na chamada “ação direta”. Ou seja, esta corrente despreza o plano da política, a questão do Estado, como campo de luta, deslocando todo o seu esforço para o nível estritamente economicista do enfrentamento direto entre trabalhadores e empresários no espaço do próprio mercado, da fábrica. Daí se pretende passar, num salto, para a insurreição “redentora” final, que aboliria o Estado.

Fausto (1977) resume assim o que caracteriza esta orientação:

“A estratégia anarquista oscila entre dois extremos, baseados ambos na espontaneidade das mobilizações dos trabalhadores. De um lado, a tendência a acompanhar as mobilizações em seu nível mais elementar, assumindo as estritas reivindicações corporativas; de outro, o esforço por justapor às ações espontâneas um complô insurrecional com o objetivo de destruir o Estado e instaurar a sociedade-libertária, através de um grande e único ato. A meio caminho, definem-se as tentativas mais próximas do anarco-sindicalismo, no sentido de articular greves gerais, a partir de uma paralisação importante que se procura prolongar por razões ideológicas ou pela ausência de mecanismos de mediação”.

Ora, a partir daí a questão que se coloca para nós é a seguinte: se a movimentação operária brasileira de início do século se pautasse rigidamente por essa orientação, é claro que não se deveria esperar encontrar nesse movimento a tomada do Estado como interlocutor, a luta contra a

postura liberal deste, a luta contra sua recusa em exercer uma ação normativa sobre as relações entre capital e trabalho, a luta, enfim, por uma legislação trabalhista e social. E esta é uma questão central de nossa discussão.

Ao que parece, no entanto, este predomínio da orientação anarquista sobre o movimento operário brasileiro do início do século deve ser relativizado. Em primeiro lugar, pela presença concomitante de outras orientações e, em segundo lugar, pelo fato de que mesmo os anarquistas brasileiros não parecem ter se pautado tão rigidamente pelos postulados mais ortodoxos da corrente a que se filiavam. Dessa maneira, parece ter ocorrido, na prática, uma *progressiva tendência da ação operária organizada, no sentido da tomada do Estado como interlocutor*, de forma cada vez mais significativa.

Assim, sobre o movimento operário do período em questão, diz Vianna (1976):

“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 exclusiva*. 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*”.

Rodrigues (1968) também chama a atenção, como vimos em citação mais acima, para o fato de que a movimentação operária do período toma concretamente o Estado como interlocutor e formula um programa específico de reivindicações no plano da legislação (“Como se vê, todos os pontos fundamentais da moderna legislação do trabalho já haviam sido levantados pelo movimento operário brasileiro em suas primitivas fases...”)

Fausto (1977) parece, a princípio, ter uma visão algo distinta sobre este problema. Procedendo em seu estudo a um esforço de classificação daquilo a que denomina “correntes organizatórias do movimento operário do período, ele a princípio distingue, por isso mesmo, de maneira algo rígida, o “anarquismo”, da corrente a que chama “trabalhismo” (entre aspas). O anarquismo é compreendido pelo

autor da maneira como vimos acima e, por “trabalhismo”, ele entende o que chama de “sindicalismo pragmático”, ou seja, uma corrente que pretenderia “obter tão-somente a conquista de alguns direitos operários, sem pôr em questão os fundamentos do sistema social, inclinando-se a incentivar implicitamente a heteronomia sindical”. Mas o próprio B. Fausto se encarrega de matizar as distinções estabelecidas no geral, quando se passa para o plano das ações mais concretas.

Em síntese: fosse porque o anarquismo brasileiro era “mais de fachada do que de conteúdo” (Vianna, 1976), ou pela influência de outras orientações sobre o movimento operário, como o “trabalhismo” *avant la lettre*, o que importa ressaltar é que, concretamente, este movimento, de maneira crescente, foi tomando o Estado como interlocutor, dispondo-se a jogar o jogo da política, a questionar o caráter monolítico do Estado. E, neste processo, formulou todo um conjunto de reivindicações concretas, e que se constitui como um programa *para o Estado*, um programa de pontos concretos onde se exigia a ruptura com o liberalismo dominante. (Ver apêndice, no final do capítulo).

Os anos 20:

*a crise do liberalismo e o surgimento
da legislação trabalhista e social*

Os últimos anos da década de 10 correspondem ao auge da movimentação política das classes trabalhadoras na Primeira República. Sucedem-se as greves, que agora extrapolam o âmbito restrito de uma dada fábrica ou um dado ramo, para assumir também o caráter de greves gerais, como em 1917 no Rio e São Paulo, e em 1919 em São Paulo. Manifestações públicas de massa tornam-se comuns, em torno a temas que vão desde a alta dos preços até eventos políticos internacionais. Em 1918 os anarquistas chegam a desencadear um movimento insurrecional, no Rio de Janeiro, que visava o próprio Catete.

Este clima 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.

Além das motivações mais antigas dessa movimentação (entre elas a postura liberal do Estado), e da organização crescente dos trabalhadores, a literatura aponta alguns fatores conjunturais que, provavelmente, explicam, em conjunto, a exacerbação da ação popular neste período (a partir de 1917): a elevação dos preços internos, em função da guerra; a intensificação da superexploração da força de trabalho, dada a interrupção na importação de maquinaria; emulação representada pelo contexto revolucionário em toda a Europa. Seja como for, o que nos interessa é assinalar as características turbulentas deste momento. E suas conseqüências sobre nosso tema.

Quanto a esta última questão, o que parece ter ocorrido é que a intensificação das pressões operárias marcou o começo do fim do liberalismo no que tange à problemática trabalhista e social nas áreas urbanas.

É verdade que os anos 20 são marcados por uma exacerbação das medidas repressivas sobre a movimentação das classes trabalhadoras. O governo Arthur Bernardes, por exemplo (durante o qual é promulgada a Lei Eloy Chaves), transcorre integralmente sob estado de sítio, decretado não propriamente em função da questão operária, mas facilitando, sem dúvida, também a repressão a este setor. Washington Luís ainda dirá que a questão social se resolve “com as patas dos cavalos”. Ao longo da década é aprimorada a legislação repressiva, aumentando o poder do Estado nesta direção. Sucedem-se as prisões e a deportação das lideranças de origem estrangeira.

Mas, por outro lado, as elites e os governantes começam também a perceber que a mera repressão se tornara insuficiente para enfrentar os problemas colocados pela emergência das classes trabalhadoras urbanas no cenário político. Outra estratégia precisa ser adotada, paralelamente.

À coerção é preciso aliar a busca da ampliação das margens de consenso. Faz-se necessário responder, de alguma maneira, às demandas aceitáveis da movimentação operária, ou seja, obviamente, aquelas que não coloquem em cheque a própria dominação da oligarquia agrária.

Inicia-se, a partir daí, o processo de ruptura, por parte desta fração, do pacto informal que até então mantivera com a burguesia industrial nascente em torno da questão da intervenção estatal no âmbito das relações e condições de trabalho *urbano*.

O fim do liberalismo neste campo — projeto nascido no movimento operário, e defendido quase apenas por ele durante tantos anos — começa a se tornar quase consensual na sociedade brasileira (exceção feita ao empresariado urbano).

“A este ascenso da classe operária corresponde uma alteração nas relações entre as classes e grupos sociais. A chamada questão social sai de um quase esquecimento e se torna objeto de debate tanto no nível da sociedade civil como do Estado. Na sua imagem impressa, o conflito de classes salta das raras aparições nas páginas internas dos jornais para as manchetes de primeira página, para as caricaturas de capa das revistas humorísticas. Por sua vez ele ecoa no Parlamento, onde após a última década do século XIX fora praticamente ignorado por mais de uma dezena de anos” (Fausto, 1977).

“Tirante 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, 1976).

No Parlamento — até então, como vimos, bastião intransigente do liberalismo — começa a difundir-se também o mesmo sentimento. Mas a ruptura com o liberalismo nos anos 20 não é apenas consequência da crescente movimentação operária e nem está alheia a fatores externos. É preciso atentar em primeiro lugar para o fato de que, ao contrário dos anos anteriores, em que as oligarquias agrário-exportadoras dominavam estável e amplamente, vive-se agora um contexto de crise. Em que começa a ser colocada em xeque a própria forma de organização do sistema de dominação política que vigorara, solidamente, nos últimos 25 anos. Começa a balançar a chamada “política dos governadores”. Além disso, começa a surgir um importante movimento de contestação a nível das camadas médias e dos estratos médios da corporação militar, a que se denominou “tenentismo”.

Em síntese, a oligarquia ainda dominante não se encontra mais, no entanto, férrea e seguramente assentada no

poder. Não são mais apenas as isoladas classes trabalhadoras urbanas que se apresentam como elementos de contestação do *status quo*. Oligarquias agrárias regionais, camadas médias urbanas, setores da corporação militar, começam também a questionar a estrutura de poder vigente, num processo que vai resultar, mais adiante, na sua transformação em 30.

Os anos 20 são, portanto, anos de crise, de instabilidade, de recuo das oligarquias dominantes, que não vivem mais o auge do seu poder.

Nestas condições a “questão social”, a temática operária, suas reivindicações, passam a ser vistas sob outra luz. Atacada por outros flancos, a fração dominante tem que estar atenta, agora, a estes seus antigos opositores. Dar-lhes alguma resposta além da mera repressão. Os novos contestadores, por outro lado, passam a ver também na questão operária um elemento a considerar, na medida em que, aspirando ao poder, precisam buscar alianças, precisam apresentar-se como portadores de um projeto *para a sociedade* mais amplo do que os seus estritos interesses corporativos.

Nestas condições a “questão social” vem à luz dos debates na sociedade. As campanhas presidenciais, momento privilegiado de expressão destes debates, são bom exemplo, dos novos tempos que corriam então.

Um impasse na sucessão de Rodrigues Alves (1919) leva à disputa presidencial dois candidatos de origem externa à até então monótona seqüência de mineiros e paulistas: o candidato oficial, o paraibano Epitácio Pessoa; e um candidato de oposição, o baiano Rui Barbosa.

Este último, não contando com o apoio da infalível e corrupta máquina eleitoral situacionista, tinha que buscar outros pontos de sustentação, entre eles o voto urbano e popular, menos sujeito ao clientelismo.

Sobre esta situação, diz Fausto (1977):

“O programa de reformas proposto por Rui se encontra bem expresso em conferência pronunciada no Rio de Janeiro, em março de 1919. Nela se declarava a favor de uma democracia social, opondo-se tanto à exacerbação dos antagonistas de classe como ao reacionarismo expresso por

vários parlamentares gaúchos. Denunciava as manobras no Congresso para liquidar as propostas de uma legislação operária, criticava as limitações da lei de acidentes de trabalho recentemente aprovada e a exclusão dos trabalhadores rurais de seus benefícios. Propunha que se estabelecesse uma legislação fabril, prevendo entre outros pontos a jornada de oito horas, a fixação de um limite para as horas extras, a igualdade salarial independentemente do sexo no exercício das mesmas funções, a regulamentação do trabalho do menor e do trabalho noturno, a proteção à parturiente, a proibição do serviço a domicílio”.

Assim, também as disputas políticas entre as elites começavam a abrir espaço para a “questão social”.

Não se deve deixar de levar em consideração, ainda, os efeitos da conjuntura internacional, no período em questão, sobre os problemas que estamos analisando. A esse respeito diz Fausto (1977):

“Como é sabido, estes são anos de um grande ascenso revolucionário na Europa, que põe em risco a ordem capitalista. A partir de outubro de 1917, os conflitos sociais internos recebem alento e *passam a ser vistos sob uma nova ótica*. De um extremo ao outro do espectro de classes e grupos têm-se a noção de viver um momento decisivo. O fato de que a imensa maioria das reivindicações operárias não diga respeito a demandas revolucionárias poderia prestar-se a enganos. A luta pela obtenção da cidadania social importa, nas condições da época, em um direto choque contra o Estado. Subjacente a ela, em cada pequena batalha ou grande mobilização, estão presentes os lances de um cenário maior; a Revolução de outubro, a Revolta espartaquista, a comuna húngara, os conselhos italianos, que o comício de 1º de maio de 1919 sintetiza, com seus cartazes em defesa da Hungria livre e da Bavária emancipada, os vivas a Lênine e à União Soviética.

Na classe dominante, à medida em que o poder soviético se mantém e os brotes revolucionários se estendem à Europa, toma corpo o mesmo sentimento” (...).

As oligarquias dominantes viam-se, desta maneira, muito mais claramente ameaçadas pela continuidade de sua omissão frente à “questão social”. A manutenção do pacto liberal com o empresariado urbano contrapunha-se não apenas um incômodo e crescente clima de agitação popular, mas agora também uma ameaça latente à própria dominação de classe, com um claro exemplo material externo.

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

Surgia assim, como um outro elemento em jogo no complexo causal dos acontecimentos dos anos 20, a pressão dos países capitalistas centrais sobre os periféricos no sentido de que todos, em bloco, enfrentassem mais ativamente a problemática social e trabalhista nos marcos do capitalismo. Ou seja, rompendo com a postura liberal frente a estas questões, onde, como era o caso do Brasil, ela ainda imperava. É claro que o determinante básico desta orientação era a emergência, no plano internacional, de uma experiência socialista concreta, à qual era necessário responder no plano ideológico e no plano das realizações “sociais”.

O presidente Epitácio Pessoa foi o chefe da delegação brasileira à Conferência de Paz de Versailles. Voltou municiado para enfrentar a retórica reformista de Rui Barbosa durante a campanha e pessoalmente comprometido com as decisões daquela Conferência. Já presidente ele declara “reconhecer as reivindicações operárias justas” (Pinheiro, 1975).

Vimos assim como é necessário relativizar a noção de “paternalismo” empregada por Malloy (1976) para explicar a emergência de uma legislação trabalhista e social nos anos 20 e, no seu bojo, da Previdência Social entre nós.

Estes acontecimentos não resultam, como o autor citado dá a entender, de uma surpreendente doação “paternalista”, “elitista”, por parte das classes dominantes, vistas como se seguras de si e isoladas na cena política. Ao contrário, são o produto da pressão operária interna; reforçada pela ameaça que esta mesma classe colocava no ar com sua ação no plano internacional; e num contexto de início da crise da própria forma de dominação burguesa até então vigente no País.

Isto posto, sigamos os acontecimentos.

Já no próprio ano de 1917 começavam a surgir os primeiros sintomas de mudança na nossa questão. Quando da violenta greve geral daquele ano em São Paulo, como tentativa de solução para o impasse então criado em torno das reivindicações dos grevistas, foi convocada uma reunião entre representantes destes, dos empresários e do Estado.

A posição que os delegados governamentais assumiram nas conversações e, antes disso, a sua própria presença, são indicativas das mudanças que começavam então, ainda timidamente, a ocorrer. Podem, no entender de Vianna (1976), ser tomadas como marcos da reviravolta que começava a se processar nesta área.

A partir de 1919, a tendência a romper com o liberalismo começa a se concretizar mais efetivamente. A proposição de medidas legislativas relacionadas às questões trabalhistas e sociais já não provinha mais apenas, agora, de uma minoritária e isolada bancada parlamentar antiliberal, como ocorrera nos últimos 10 ou 15 anos. O próprio Executivo passa a pedir leis sobre o tema:

“Julguei, contudo, de meu dever pedir-vos que por leis adequadas sejam cumpridas 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, *apud* Rodrigues, 1968).

O novo contexto, e a mudança de posição do próprio Executivo, fazem com que a legislação sobre o nosso tema comece a encontrar passagem no Congresso, até então, em sua maioria, defensor intransigente do liberalismo nesta área. Sucede-se, então, a promulgação e a regulamentação de diversas leis sobre questões trabalhistas.

Já em 1919 é aprovada uma lei sobre indenizações por acidente de trabalho (Lei n. 3.734, de 15 de janeiro) que é unanimemente considerada na literatura como marco histórico de nossa legislação trabalhista. Já vimos como em quatro tentativas anteriores projetos semelhantes haviam sido rejeitados (1904, agosto e outubro de 1908, e 1915). Agora, a lei não só era aprovada, como também regulamentada pelo Decreto n. 13.498, de 12 de março do mesmo ano (Alves, 1949).

Em janeiro de 1923 é promulgada a nossa já conhecida “Lei Eloy Chaves”, e começam a ser efetivamente criadas, a partir do mesmo ano, como vimos, as instituições a que ela se referia.

Ainda em 23, o Decreto n. 16.027, de 30 de abril, criava o Conselho Nacional do Trabalho, que, segundo Rodrigues

(1968), “se instalou em agosto do mesmo ano” (embora tenha permanecido, até 1930, como um órgão “totalmente inoperante”, no dizer do mesmo autor).

Em 1925, o Decreto Legislativo n. 4.982, de 24 de dezembro, “estabeleceu o regime de férias (...) aos empregados e operários de estabelecimentos comerciais, industriais e bancários”. E foi também regulamentado, já no ano seguinte, pelo Decreto n. 17.496, de 30 de outubro.

Em 1926, o Decreto n. 5.109, de 20/12, também já citado por nós, estendia a Previdência Social aos portuários e marítimos, e criava o estatuto da estabilidade no emprego aos 10 anos para estas categorias e os ferroviários. Em 1927, outro decreto dispõe sobre a regulamentação do trabalho dos menores (Pinheiro, 1975).

As mudanças a que vimos nos referindo expressam-se, a partir de 1919, portanto, numa seqüência de leis, parciais, que pouco a pouco iam definindo um corpo de legislação trabalhista no país. O grande marco do período no plano jurídico-político, no entanto, que vai dar uma expressão mais geral ao que vinha ocorrendo, é a reforma da Constituição em 1926. Em seu sentido mais geral, essa reforma tinha por consequência a ampliação dos poderes de intervenção do Governo Federal sobre os Estados, e da esfera de atuação do Congresso Nacional. Representava, assim, mais um passo na crise da “política dos governadores” e no fortalecimento do poder central.

Em nosso âmbito mais específico de interesse, a reforma vinha revogar o artigo da Constituição vigente, que até então servira de bastião formal à recusa de intervenção no campo da problemática trabalhista e social. Assim, a Emenda Constitucional de n. 22 ao artigo 34, inciso n. 29 da Constituição vigente passava a dar àquele artigo a seguinte redação:

“Compete privativamente ao Congresso Nacional: legislar sobre o trabalho” (*apud* Rodrigues, 1968).

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 as questões trabalhistas e sociais. Argumentavam que isto feria a referida autonomia. Já se discutiu a importância que tinha essa questão para a oligarquia agrária. O artigo 34 era, portanto, o ponto da Carta de 1891 em que se formalizava o pacto entre a 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 desse artigo da Constituição significava, portanto, formalizar a ruptura do pacto.

Apêndice

Exemplificamos, a seguir, as mencionadas reivindicações dos trabalhadores.

Rodrigues (1968) reproduz alguns documentos neste sentido:

“Em 1901, o Centro Socialista Enrico Ferri e a Liga Democrática lançam um manifesto de 1º de Maio onde 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 prejudicam 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 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 um acordo, o Comitê de Defesa Proletária formulou as seguintes condições para a volta ao trabalho: ‘1º — Que sejam postas em liberdade todas as pessoas detidas 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 trabalhadores com menos de 18 anos (não) sejam ocupados em 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 pontualmente, 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 se-

guintes pontos mencionados por Evaristo de Moraes Filho: a) o 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 aos dos homens; f) associações operárias e plena liberdade de pensamento; g) rebaixamento efetivo e seguro dos gêneros de primeira necessidade; h) medidas impeditivas da falsificação dos gêneros de primeira necessidade; i) redução imediata dos aluguéis”.

O mesmo autor cita também o “programa de Legislação Social dos candidatos do Bloco Operário e Camponês, de 1927”:

“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 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; i) descanso hebdomadário em todos os ramos do trabalho, na indústria, no comércio, nos transportes, na lavoura; j) proibição da dormida nos locais de trabalho; l) água filtrada nas fábricas e oficinas; m) 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”.

B. Fausto cita outros exemplos:

“Em dezembro de 1889, um dos chefes do Apostolado Positivista, após consulta e troca de opiniões com cerca de quatrocentos operários das oficinas do Estado, encaminhou ao Governo Provisório, por intermédio de Benjamin Constant, um projeto de melhoria das condições de vida da classe operária. Precedido por uma série de considerações acerca da natureza do salário, das relações entre capital e trabalho, o projeto propunha, entre outros pontos: a supressão do pagamento por tarefa e a divisão do salário em duas partes, sendo uma fixa e outra variável de acordo com a produtividade; sete horas de trabalho diário, descanso dominical e nos dias de festa nacional, além de quinze dias de férias anuais; salário-enfermidade correspondente pelo menos à parte fixa das remunerações; garantia de permanência no emprego após sete anos de serviço, permitida a demissão somente através de processo que demonstre infração prevista no regulamento e para a qual comine tal pena; aposentadoria, pelo menos com a parte fixa dos salários, por invalidez ou por atingir o trabalhador 63 anos, desde que no último caso não tivesse filhos ou netos maiores que fossem empregados nas oficinas públicas; pensão por morte do operário, concedida à viúva e, na falta desta, aos avós, filhas solteiras, filhos menores de 21 anos, correspondendo a dois terços do salário fixo; admissão de aprendizes somente após 14 anos,

com vinte horas semanais de trabalho, prolongando-se o aprendizado até os 21 anos”.

“Um embrionário partido socialista, fundado em 1912, colocava como pontos principais de seu programa: promover conferências socialistas e fundar escolas; garantir o trabalho e indenizações por despedidas sem causas razoáveis; regulamentar a legislação sobre os conflitos entre os patrões e operários; assistência oficial aos velhos e enfermos; regulamentação do salário mínimo e do número máximo de horas de trabalho; imposto progressivo e direto sobre a renda, proibição do trabalho de crianças; regime eleitoral novo; revogação da lei de expulsão de estrangeiros; abolição do regime de certificados ou cadernetas dos operários; 36 horas de descanso semanal; responsabilidade dos patrões nos acidentes de trabalho”.

O mesmo autor, referindo-se ao já citado Congresso Operário de 1912, lista assim suas reivindicações:

“As resoluções aprovadas constituem um programa amplo da legislação trabalhista, em alguns aspectos idênticos, segundo Pinto Machado, às propostas do Partido Socialista Coletivista, fundado em 1902 por Vicente de Souza e Gustavo de Lacerda. Previa, além dos pontos já citados (oito horas de trabalho, limitação do trabalho de mulheres e menores, descanso semanal, indenização por acidentes, pagamento por semana, melhoria das condições de higiene): o seguro-doença e contra o desemprego em caráter obrigatório, criando-se para este fim uma caixa com a contribuição em partes iguais de patrões, operários e do Estado; pensão por velhice ou invalidez, cujos recursos seriam constituídos pelo patrimônio de instituições já existentes com esta finalidade, outras fontes de receita a juízo do poder legislativo e uma pequena quota mensal dividida entre patrões, empregados e o Estado; instituição do contrato coletivo de trabalho para garantir a elevação e estabilidade dos salários, pois quando o contrato é individual há uma relação de desigualdade entre patrão e operário, especialmente se a oferta de mão-de-obra excede à procura; criação de um tribunal de ‘árbitros-avindores’, para diminuir os conflitos entre patrões e operários, com representação igual ‘e sem outros membros, além, quando for preciso, do desempatador’; decretação de um salário mínimo indispensável à subsistência”.

E, para finalizar, reproduzimos trechos de um documento original, do “Círculo dos Operários da União”, de 1914. A longa introdução deste documento é interessante no que se refere ao que estamos procurando discutir. Ou seja, na medida em que ela deixa claro o fato de que pelo menos parte das organizações de trabalhadores tinha clara consciência da necessidade da tomada do Estado como interlocutor, bem como, simultaneamente, da relatividade desse nível de ação. Assim, diz o documento:

“Não se ilude o Círculo dos Operários da União, sobre as dificuldades inerentes a esses assumptos, nem julga que para resolvê-los bastem unicamente providências dos poderes públicos, mas reconhecendo a necessidade dellas, desejaria saber se V.Ex^a tem como úteis ao bem público as seguintes medidas: (...)”.

Relacionamos a seguir, dentre as reivindicações constantes deste documento, aquelas mais pertinentes ao nosso tema, ou seja, mais relativas a medidas na área trabalhista e social:

"(...) b) Aplicação aos operários dos estabelecimentos do Estado da legislação relativa à percepção de vencimentos, licença, aposentadoria, pensões e vitaliciedade dos funcionários públicos.

c) Suppressão do regimem do trabalho por tarefa, empreitada 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 descanso 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; suspensos somente em casos excepcionais 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 admisão 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 especia-
líssimos 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 instituem 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 "grèves" pacíficas do operariado, consideradas como phenomenos de ordem econômica;

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) Proibição, sob comminação de penalidades, das indústrias nauseabundas, no interesse da saúde pública, 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 à liberdade ou à dignidade dos trabalhadores;

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

s) Creação de escolas técnico-profissionais 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, lâminas cortantes, etc. (...)

I — Desenvolvimento da assistência pública e privada.

II — Creação da assistência médica gratuita, distribuída por postos médicos districtaes e serviços de visitas domiciliarees.

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 à velhice desprotegida.

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

IX — Diffusão do ensino primário; (...)

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

XIV — Construção 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 sindicatos, monopolios, trustes e cornes para a concentração das mercadorias, com o objetivo da elevação dos preços afim de auferirem consideráveis lucros, arrancados aos consumidores, pelas contingências da fome. (...)

XXVIII — Simplificação das leis sobre syndicatos profissionaes e cooperativas operárias e agrícolas e isenção de todos os impostos para os mesmos”.

CAPÍTULO 2

1930-1945:

“Previdência é seguro”.

O apogeu do regime de capitalização

**O modelo de Previdência dos anos 30-45:
a orientação contencionista**

Os dados do orçamento

Como vimos no capítulo anterior, o modelo de Previdência Social estabelecido no período a ele correspondente caracterizou-se por um padrão muito elevado de despesas. Ao final do período, os gastos por segurado ativo já ultrapassavam a marca dos mil cruzeiros (em valores corrigidos para cruzeiros de 1976 — Tabela VII). E a despesa total correspondia a cerca de 65% da receita (Tabela I).

Nos anos que se seguem a 1930, este padrão vai ser modificado. Os gastos por segurado passam a cair, atingindo valores mínimos em 1938-1939, quando se situam em torno de Cr\$ 250,00 (cruzeiros de 1976 — Tabela VII): ou seja, apenas 1/4 do nível alcançado em 1930. As despesas totais (Tabela I) correspondem naqueles dois anos, por outro lado, a menos de 30% da arrecadação. O que tinha como contrapartida, obviamente (mas é importante frisá-lo para nossa discussão posterior), superávits anuais de mais de 70% da receita.

Ao final do período há uma certa recuperação (ver adiante), mas, mesmo assim, em 1945, os gastos por segu-

rado ativo ainda se situam abaixo dos Cr\$ 500,00, e a despesa total corresponde a apenas 42% do arrecadado (Tabelas VII e I).

Como se pode observar nas tabelas em discussão, esta queda nos valores relativos dos gastos ocorreu tanto nos benefícios pecuniários “tradicionais” (aposentadorias e pensões) quanto na assistência médico-hospitalar.

A questão que se impõe frente a estes dados é, então, a de porque ocorreu uma tal reversão de comportamento.

Com certeza, uma parte desta queda corresponde a um fenômeno meramente “técnico”. Ou seja, algo facilmente apreensível pelas leis estatístico-atuariais. 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 crescera cerca de seis vezes, atingindo a marca dos 140.000. Nos 15 anos do período ora em análise esta cifra aumentou quase 20 vezes, de maneira que, em 1945, as instituições previdenciárias contavam com cerca de 2.800.000 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 — IAPs — 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 legalmente estabelecidos 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, nossa hipótese, já adiantada no capítulo anterior, é a de que a diminuição relativa das despesas no período ora em análise não foi apenas um fenômeno aparente. Isto é, de que os dados apresentados acima não correspondem apenas a um artefato, resultante simplesmente do crescimento rápido daquilo que, em última análise, define o denominador dos índices utilizados; o tamanho da população segurada. Ao contrário, imaginamos que teria ocorrido também, no período, *um esforço ativo de restrição de despesas por parte das instituições previdenciárias.*

Para discutir esta tese, comecemos pelos próprios dados do orçamento.

Um primeiro aspecto a considerar, aqui, 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 (isto é, 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 seu desencadeante (a ocorrência de doenças) pode se dar a qualquer momento, e não havia, ao contrário dos benefícios pecuniários, qualquer prazo de carência para a utilização destes serviços.

A queda nas despesas com assistência médico-hospitalar expressa como percentagem da receita (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 houve uma queda real nos gastos com saúde por segurado. Ou seja: a pequena expansão em valores reais dos gastos com medicina no período (cer-

ca de três vezes e meia) não acompanhou nem de longe o crescimento da massa segurada, que aumentou vinte vezes. Dito de outra forma, a grande expansão da receita proporcionada pelo número crescente de contribuintes agregados ao sistema 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 médico-hospitalares por associado ativo em 1930 (em cruzeiros de 1976), este valor caiu para apenas Cr\$ 25,37 em 1945 (idem), tendo chegado a Cr\$ 22,14 em 1943 (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 que só pode ser explicado por um processo ativo de restrição de gastos, ou seja, em termos mais gerais, por um outro enfoque dado neste período à responsabilidade da Previdência na prestação de cuidados médicos a seus segurados.

A bem da verdade, deve-se levar em conta a hipótese (provável) de que, oferecendo uma massa maior de serviços (em termos absolutos), o custo médio 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 nestes 15 anos, entre 1930 e 1945) os custos da assistência médico-hospitalar aumentaram, dada a crescente incorporação de tecnologia, a sofisticação da demanda, etc. Ponderando estes argumentos (cuja avaliação direta é muito difícil), parece-nos bastante viável 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 nos permite supor, por outro lado, que a população incorporada à Previdência 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 de reservas financeiras 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” da Previdência Social, como as chamavam os atuários, 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) e os serviços (assistência médica, farmacêutica, construção de casas, empréstimos), 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.

Entretanto, os temas e critérios do seguro social público compulsório — valor das contribuições, quem as paga e quanto, valor e tipo dos benefícios, prazos de carência, limites mínimos de idade para obtenção dos benefícios etc. — não são fixos e resultantes de decisões de natureza exclusivamente técnica. Ao contrário, trata-se “essencialmente (de) uma decisão política e, apenas subsidiariamente, atuarial” (Marshall, *op. cit.*), ao sabor, portanto, do jogo de pressões a que, em cada conjuntura concreta, está submetido o sistema de Previdência Social. Ao sabor 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. Mas vimos também que isso podia ser simplesmente consequência da entrada rápida e maciça de novos segurados no período. Tal coisa seguramente ocorreu em alguma medida, como já foi discutido e como mostra a Tabela II. Nela se pode perceber que o ritmo de concessão das 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.⁵

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.

5. 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 50 e os 68 anos, dependendo da inscrição previdenciária e da época que se tome. (Ver Valerius, 1954).

A Tabela VIII, já apresentada no capítulo anterior, corresponde, como vimos na ocasião, a uma tentativa de análise deste tipo. Seus resultados são bastante esclarecedores. Pode-se perceber aí que, enquanto em 1929-1930 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 caindo progressivamente, de maneira que em 1944-45 correspondem a menos de 6%.

Já em relação às pensões não parece ter ocorrido um processo semelhante (vimos no capítulo anterior por que isto ocorre, e como fortalece nossa hipótese). Os dados oscilam ao longo do tempo, abaixo e acima de um valor intermediário, sem desenhar uma tendência nítida de variação para mais ou para menos (com exceção dos três últimos anos que, no entanto, são muito influenciados pela súbita duplicação da massa segurada ocorrida de 1937 para 1938).

Desta maneira, pelo menos em relação às aposentadorias, parece-nos reforçada a hipótese do caráter restritivo do sistema de concessão de benefícios no período 30/45. Passava-se, então, a conceder menos benefícios deste tipo aos segurados do que o fazia o modelo anterior. Como discutimos em relação à assistência médica, se nada indica que os trabalhadores agora incorporados à Previdência fossem mais jovens, mais saudáveis e/ou menos submetidos a riscos do que os anteriores, a via explicativa que resta é a de que os critérios para concessão de aposentadorias modificaram-se tornando-se mais rigorosos.

A restrição nas despesas com aposentadorias e pensões não parece ter sido devida, no entanto, 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 (isto é, 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 reduziu-se à metade em 1944-45 (Tabela IX).

É pouco provável que tenha havido uma efetiva redução, em qualquer momento, do valor nominal dos benefícios pagos. No entanto, os dados acima indicam que o aumento destes valores (nominais) no período não foi suficiente para acompanhar a deterioração do valor real, produzido pela inflação (272% entre 1930 e 1945 como mostra a Tabela VI).

*As mudanças na legislação:
o plano de benefícios e serviços*

Mas a evidência de que os dados acima tenham resultado de uma orientação *intencionalmente contencionista*, que caracterizou o período, nos é dada, mais claramente, pela análise da legislação previdenciária de então.

Uma primeira questão presente na legislação, em que se distingue claramente uma preocupação restritiva, é o esforço, antes inexistente, em distinguir a *prestação de "serviços"* (médicos e outros) da *concessão de "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, ao contrário, demarcar bem essa diferença. Num primeiro momento, passando a definir limites orçamentários máximos para as despesas com assistência médico-hospitalar e farma-

cêutica. Depois (o que é mais importante), chegando 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 variável, de acordo com as “disponibilidades” das instituições.

Já em 1931, o Decreto n. 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 despende 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”.*

Como medida intermediária e transitória, o decreto estabelecia o teto de 8% da receita do exercício anterior para os gastos com assistência médica e serviços complementares. Esse número não deve ter sido escolhido arbitrariamente, ou como resultado de complexos cálculos atuariais “isentos”. Nota-se (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.⁶

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

6. Observa-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.

Assim, pode-se perceber “em germe”, no decreto de 1931, toda a nova mudança de postura quanto ao problema de prestação de “serviços” pela Previdência que dominará o período que se iniciava.

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 evitarem perturbações nas organizações existentes; (...)”

procura, então, modificar o artigo 23 do decreto anterior, do qual mantém a mesma redação, passando no entanto para 10% da receita o teto das despesas com serviços médicos e complementares. Mas, por outro lado, acrescenta uma frase, em relação a estes últimos, 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*”.

O Decreto n. 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 despesas antes estabelecido, e busca criar instrumentos operacionais que possibilitem este controle, preventivamente:

"A extensão e o modo de prestar os socorros previstos no 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 às 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 é relativo à assistência hospitalar. 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".⁷

Em 1933, foi criado o primeiro Instituto de Aposentadoria e Pensões: o dos Marítimos (IAPM). Seu decreto de constituição (de n. 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 com 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 (que retorna aqui a 8% da receita); 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).

7. 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 mais adiante, neste capítulo.

Em 1934, pelo Decreto n. 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 aposentadorias 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, e 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 agora 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 tivemos oportunidade de ver, por exemplo, no relativo retrocesso que o decreto sobre as CAPs de 1932 representou com relação ao de 31. Da mesma forma, o Decreto n. 54 de 12/09/1934, que “aprova o Regulamento do IAPB”, teve um caráter bem menos contencionista, sobre as ques-

tões até aqui discutidas, do que o decreto de criação do mesmo Instituto.

Assim, rezava o seu artigo 2º:

“Destina-se o Instituto a conceder aposentadoria aos seus associados e, por morte destes, pensão alimentar à família ou aos beneficiários respectivos, *bem como assegurar aos associados assistência no caso de moléstia 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”.

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 e esta era uma das categorias profissionais (em conjunto com comerciários e funcionários públicos) que conquistaram no período maiores regalias em termos de Previdência Social (além de, também, em outras áreas: por exemplo, o artigo 89 do mesmo Regulamento 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 decreto de criação e o Regulamento, uma reação da categoria em relação ao caráter restritivo que se procurava dar ao Instituto. Veremos adiante um exemplo deste tipo de reação.

Na lei que criou o IAP dos Industriários (IAPI), n. 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 prestar estes 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 14 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, a parte, pelo direito a eles.

O artigo 8º introduz duas categorias no debate previdenciário, que serão a tônica das preocupações do novo modelo: “possibilidades atuariais” e “estabilidade”.

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 orçamentárias definidas “a priori” por lei, este decreto ia mais longe. Esses limites não deviam ser estáveis, fixados por lei, mas sim permanentemente variáveis, a critério dos atuários, 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.

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 federais⁸, grupo que, em seu conjunto, já estava há muito tempo acostumado a receber as benesses do Estado.⁹ Assim sendo, não é de surpreender que o seu decreto de criação (Decreto-Lei n. 288, de 23/02/1938) aparentemente viesse estabelecer 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*”,

8. O Decreto-Lei n. 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.

9. 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 o recém-criado Instituto (v. arts. 51 e 56 do decreto em questão).

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 no título. 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*”.

Com relação aos efeitos concretos dos dois modelos, o IPASE parecia situar-se no extremo oposto ao 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 (n. 2.865, de 12/02/40) 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” 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 de capitalização”, sendo que, para cada uma destas: “sua execução (do orçamento) se sujeitará a normas e limitações diversas, conforme as seções” (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 destinadas a esse serviço e não utilizadas;
- 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.

Continuando a acompanhar a legislação, 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 n. 5.211, de 20/01/1943, que dispunha sobre “as obras

de construção do HSE”, sua execução e fiscalização (ver artigos 1º e 3º). A inauguração do Hospital só se dará em 1946.

Ainda em 1938, pelo Decreto-Lei n. 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 Armazéns”. 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 Comerciantes) reorganizado pelo Decreto-Lei n. 2.122, de 9/4/40, também não se pautava, pelo menos a essa época (1940), por uma orientação restritiva em relação ao problema da assistência médica.¹⁰ De acordo com o artigo 1º daquele decreto, o Instituto era definido como tendo

“por fim assegurar aos comerciantes e aos profissionais a esses semelhante um *regime de previdência e assistência social*, na forma de 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:

10. 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.

“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 a discussão já desenvolvida anteriormente sobre as diferenças entre as categorias.

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 (n. 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 então não prestavam qualquer tipo de assistência médica, como era o caso, por exemplo, do IAPI.

Já em 1943, foi preciso que outro Decreto-Lei (n. 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 n. 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 primeiro 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.

Mas também com relação aos benefícios pecuniários — apresentados como “atribuição específica”, “finalidade principal”, etc., da Previdência —, a legislação do período procurou impor medidas de natureza restritiva. Passemos então a esta questão.

Já em dezembro de 1930 (e, portanto, 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 essas medidas da seguinte maneira:

“O exame metuculoso e contínuo da situação financeira das Caixas, cujas despesas têm aumentado de modo considerável, deu margem a que se verificasse ser a mesma precária 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 n. 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” (Vargas, 1938).

Isto é, em dezembro de 1930 foram simplesmente *suspensas as aposentadorias ordinárias* (por idade e tempo de serviço). É fácil imaginar o impacto desta decisão sobre o orçamento, bastando para isso recordar que este sempre foi o item mais oneroso dos gastos previdenciários (Tabelas I e VII).

Não nos foi possível saber até quando vigorou esta disposição, assumida em 30 para o conjunto da Previdência, em caráter temporário. Mas veremos adiante que alguns dos Institutos criados posteriormente incorporarão esta orientação (não concessão de aposentadoria ordinária) em seus regulamentos.

Em 1º de outubro de 1931 foi promovida uma extensa “reforma da legislação das Caixas de Aposentadoria e Pensões”, através do Decreto n. 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, por exemplo, reintroduzia o duplo critério de idade e tempo de serviço para a concessão de aposentadorias ordinárias (respectivamente: 50 e 30 anos) que formalmente fora abolido pelo decreto de 1926 (embora, como já foi discutido, na prática este decreto 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 integral.

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 como um absurdo 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. Por que, por exemplo, não atribuir ao Estado a obrigação de cobrir eventuais déficits das Caixas?

O modelo do seguro comercial, privado, que era apresentado pelos atuários como o padrão de racionalidade pelo qual se devia pautar o Seguro Social (isto é, a Previdência), é aqui claramente violado. Ninguém pode imaginar que uma empresa seguradora privada estabeleça como uma das cláu-

sulas de seu contrato com os segurados a possibilidade de não arcar com os compromissos estabelecidos, por “razões de ordem atuarial, econômica e política”.

Voltando ao decreto em discussão, vemos que, em outra medida de caráter contencionista, o parágrafo 11 do artigo 25 mandava excluir do cálculo do valor das aposentadorias os aumentos salariais ocorridos até um ano antes da concessão destas. O que, na prática, resultava em tornar estes benefícios mais defasados do valor dos rendimentos do segurado ao aposentar-se.

O mesmo artigo 25 modificava, ainda, a sistemática de cálculo do valor das aposentadorias e pensões. Como vimos, no período anterior estabelecera-se uma fórmula de cálculo, pela qual a salários mais elevados correspondiam benefícios relativamente menores. Essa orientação é agora abolida, passando os benefícios a corresponder a um determinado percentual do salário, que seria igual para todas as faixas de renda. Cada Caixa, no entanto, definiria individualmente este coeficiente, como um valor entre 70 e 100% dos rendimentos anteriores.

“Aposentadoria ordinária (...) corresponderá ao coeficiente de 70% a 100% da média dos vencimentos dos três últimos anos de serviços (...).

§ 1º — A percentagem variável, a que se refere este artigo, será propostas 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”. (...)

As pensões seguiam correspondendo a 50% do valor da aposentadoria que seria devida ao segurado falecido (art. 32).

O decreto que se segue cronologicamente a este é o de n. 21.081, de 24/2/1932, também já discutido no que tange à questão da assistência médica. Vimos que ele apresentava nos “consideranda” iniciais o propósito de atenuar o rigor das determinações restritivas do decreto anterior. E em certa medida o fazia, em relação aos serviços médicos (elevando o teto de despesas com este item de 8 para 10% da receita). Quanto aos benefícios pecuniários, no entanto, a única disposição do decreto é de orientação restritiva. Ele reduzia o valor máximo permitido para os benefícios, dos 3.000\$000 (três contos de réis) fixados em 1926, para 2 contos (aposentadorias, artigo 25 § 6º) e 1 conto (pensões, artigo 32).

A legislação que criava o IAPM também era marcada por fortes medidas de natureza contencionista na área dos benefícios pecuniários. O decreto de constituição do Instituto (n. 22.872, de 29/6/1933) mantinha a exigência de 30 anos de serviço, e *elevava para 55 anos a idade mínima para concessão da aposentadoria ordinária* (artigo 47). Ou seja, aumentava em cinco anos esta idade, por comparação à legislação em vigor para as CAPs (decreto de 1931), e em sete anos por comparação ao decreto de 1926. Pode-se imaginar os efeitos desta disposição sobre o número de aposentadorias a serem concedidas.

Como se não bastasse, o Decreto n. 24.222 de 10/5/1934, referente ao mesmo Instituto, aumentava ainda mais, de 55 para *60 anos*, a idade mínima para aposentadoria, mantendo o critério dos 30 anos de serviço (artigo 10).

Esse decreto, além disso (mesmo artigo), passava a exigir “exame de sanidade comprovador da impossibilidade do exercício da respectiva profissão” para fins de concessão da aposentadoria ordinária. Ora, essa disposição na verdade abolia a noção de “aposentadoria ordinária”, tal como ela era até então compreendida: um direito contratual automático do segurado, ao atingir certa idade e tempo de serviço. E a transformava, a rigor, numa aposentadoria extraordinária, por invalidez.

Prosseguindo a análise da legislação relativa ao IAPM, percebe-se ainda que, dentre os benefícios e serviços previstos (aposentadoria, pensões, assistência médica e hospitalar e socorros farmacêuticos), não constavam três benefícios presentes no modelo das CAPs anterior a 30: o do serviço militar, o auxílio-funeral e o pecúlio. (Consultar Tabela I, que compara o plano de benefícios e serviços dos diferentes IAPs com a situação anterior a 30).

O decreto de fundação do Instituto e o decreto analisado em seqüência 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, median-

te 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 dos tecnocratas a atribuição de definir, de uma maneira que se pretendia “científica”, coeficientes antes decididos no âmbito legislativo (ou seja, no campo explicitamente político).

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.

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”.

Os decretos de criação e regulamentação do IAPB (ver respectivamente Dec. n. 24.615, de 9/7 e Dec. n. 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 beneficiário deste, caso existisse. 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 orientação restritiva que temos procurado apontar com mais característica do período. Não tanto pelo seu significado quantitativo (já que se tratava de benefícios de curta duração e pequeno valor), mas por se colocar em oposição à tendência a restringir a Previdência Social ao pagamento de aposentadorias e pensões. No entanto, este amplo espectro

de benefícios ficaria restrito, no período, aos privilegiados bancários, acompanhados de perto apenas pelos comerciários.

Quanto ao valor dos benefícios “tradicionais”, os referidos decretos seguem a prática, inaugurada pelo IAPM, de não estabelecê-los, como antes, em lei. Fica apenas definida a exigência simultânea de 50 anos de idade e 30 de serviço para aposentadoria ordinária, devendo os valores em dinheiro ser posteriormente atribuídos “segundo coeficiente percentual a fixar atuarialmente” (ver artigo 17 do Regulamento).

A legislação que criou e regulamentou o IAPI (Lei n. 367, de 31/12/1936, e Decreto n. 1.918, de 27/8/1937) era também bastante restritiva no plano dos benefícios pecuniários.

Como já foi visto na discussão sobre assistência médica, aqueles dois decretos definiam as atribuições obrigatórias do Instituto como restritas apenas a três benefícios: aposentadoria *por invalidez*, auxílio-doença e pensões. Outros benefícios (e serviços) eram deixados como mera possibilidade futura, e talvez sujeita a contribuição suplementar. Mas chama a atenção, em especial, o fato de que simplesmente não se previa a concessão da aposentadoria ordinária: o benefício mais importante e dispendioso da legislação anterior. A seu respeito, simplesmente não se fala: nem na definição das atribuições obrigatórias, nem como previsão futura.

Vargas suspendera a concessão deste benefício em 1930, provisoriamente. O IAPM na verdade não o concedia, como vimos. Mas o IAPI explicitamente não o inclui como uma de suas atribuições. A aposentadoria a que o segurado deste Instituto poderia aspirar era apenas aquela devida à invalidez.

“(…) 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”.

Aliás, o plano de atribuições do IAPI era o exemplo máximo daquilo que vemos como a tendência geral do período. Da forma como este plano estava organizado (sem

assistência médica, sem aposentadoria ordinária) o segurado corria o risco de atravessar toda uma vida de contribuições ao Instituto sem receber nada em troca, com exceção de um eventual auxílio-doença. A menos que tivesse a “sorte” de tornar-se inválido, suas contribuições de muitos anos resultariam apenas numa magra pensão para a família, após sua morte.

É interessante notar aqui a forte adesão do Instituto à lógica do seguro privado. Os benefícios concedidos em vida do segurado eram apenas aqueles em que está presente a noção de risco: adoecer, tornar-se inválido. A aposentadoria ordinária, ao contrário, além de ser o benefício mais dispendioso, tem essa característica distintiva em relação àqueles: seu caráter ordinário, como expressa sua denominação.

Outra medida típica do seguro comercial privado que, entre todos os Institutos, só estava presente no Regulamento do IAPI, é o estabelecimento de restrições quanto à idade e às condições de saúde para ingresso na instituição.

Assim, dispunha o artigo 15 do Regulamento de 1937:

“A inscrição do associado dependerá do preenchimento das seguintes condições:

a) ter mais de 14 e menos de 50 anos de idade;

b) submeter-se a exame médico, no qual se apure não se achar o examinado em precárias condições de saúde.

§ 1º — Aquele que for impugnado no exame médico a que este artigo se refere não poderá ser inscrito como associado, fazendo o Instituto, imediatamente, a comunicação do resultado do exame ao empregador respectivo, para os devidos fins”.

É óbvio o significado desta medida, e seu impacto sobre os benefícios.

O plano de atribuições do IAPI no período em análise expressa realmente muito bem, portanto, o que vimos discutindo. Os elevados superávits deste Instituto não eram apenas um fenômeno momentâneo, típico da fase inicial de uma instituição previdenciária. Mas sim, como se pode notar a partir do exposto acima, uma tendência permanente, *dada pela forma como estava organizado o seu modelo de funcionamento*. No jargão atuarial pode se dizer que, neste Instituto, o “regime de capitalização” não era apenas uma

etapa de um sistema previdenciário tendente ao “regime de repartição”. Mas sim a característica definidora, permanente, da forma de funcionamento desta instituição.

Em outras palavras: o IAPI estava organizado mais para *acumular*, do que para gastar com seus segurados.

Uma vez que este era o maior dos IAPs, abarcando sozinho mais da metade dos segurados da Previdência Social como um todo, o seu comportamento parece explicar boa parte do que foi discutido na seção anterior. Mas temos visto, além disso, que não era monopólio do IAPI a tendência contencionista, da qual ele é apenas o exemplo mais radical.

Seguindo a ordem cronológica da legislação sobre Previdência Social no período em análise, o Instituto fundado a seguir foi o IPASE. No seu decreto-lei de criação (n. 288, 23/02/1938), o plano de benefícios incluía apenas “aposentadoria”, “pensões” e “pecúlio” (artigos 5º a 8º). 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 n. 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. 8º).

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 as 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 (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 30.¹¹

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). Este só foi promulgado mais de dois anos depois pelo Decreto n. 2.865, de 02/12/1940, mas novamente sem definir a questão.

11. O IPASE oferecia ainda aos segurados a possibilidade de elevar o valor da aposentadoria e/ou da pensão, através um plano paralelo de seguros, de adesão voluntária, no entanto, e que exigia contribuição à parte: os chamados, respectivamente, “seguro de renda” e “seguro de morte” (artigos 11 a 13).

Aliás, dentre os 105 artigos que compõem o regulamento, um único artigo trata (ou melhor, na prática, não trata) do problema que deveria ser a “finalidade primordial” do Instituto. 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”.

Só no ano seguinte, em 12/06/41, surgiu a primeira destas aguardadas “leis especiais”: o Decreto-Lei n. 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 n. 2.865, de 12 de dezembro de 1940*” (isto é, o Regulamento citado acima).

Assim, somente em julho de 1941, mais de três anos após a fundação, 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 (ver artigo 5º). Dessa maneira, o montante total pago como pensão pelo falecimento de um dado associado dependia, simultaneamente: de seu salário ante-

rior; da idade com que se inscrevera no Instituto; do número de beneficiários que deixara; e ainda da idade de seus(s) filhos(s) (menos de 6 anos; entre 6 e 12; entre 12 e 21) (Tabela X).

Pela legislação de 1926 (Tabela V) um empregado que tivesse vencimentos de até 100\$000 receberia, ao aposentar-se, este mesmo valor mensalmente. Em caso de morte, a pensão corresponderia então a 50\$000, ou seja, 50% do salário. Já no IPASE, para que o conjunto das pensões (vitalícia e temporária) correspondessem a este índice (de 50% do salário) era preciso que o ex-segurado, por exemplo, tivesse sido inscrito no Instituto até os 20 anos e, além disso, tivesse, além da esposa mais de dois filhos maiores de 12 anos, ou mais de três entre 6 e 12 anos, ou mais de quatro menores de 6 anos. Inscrições posteriores, viuvez e/ou número menor de filhos, correspondiam a um total de pensões somando menos de 50% dos vencimentos anteriores do trabalhador.

O IAPETEC foi criado em 26/08/1938 pelo Decreto-Lei n. 651. Seu plano inicial de benefícios também se restringia a aposentadoria (“por velhice ou invalidez”), pensão e auxílio-funeral (art. 5º) (Tabela I). Tal como na legislação do IAPI, um parágrafo deste artigo indicava a “possibilidade” futura de concessão de outros benefícios.

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.

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 (n. 1.982, 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, já citado (n. 2.122, de 9 de abril), “Reorganiza o Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Comerciários”. Com esta reorganização, o Ins-

tituto passaria a contar com um plano bastante amplo de benefícios, próximo ao do IAPB, que incluía: “seguro-doença”; “seguro-invalidéz”, “seguro-velhice”, e “seguro por morte” (art. 26); e ainda “pecúlio”; “auxílio-natalidade”; e “auxílio-funeral” (art. 27) (quadro I).

Rezava o artigo 31, como das outras vezes, que:

“A forma de concessão das prestações dos seguros e auxílios é 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”.

Para concluir esta análise da legislação do período no que se refere aos benefícios pecuniários, resta citar ainda dois outros decretos de 1940.

O primeiro deles é o Decreto-Lei n. 2.043 de 27 de fevereiro. Ele vinha revogar disposições de decreto imediatamente anterior (2.004, de 7 de fevereiro) as quais permitiam o acúmulo de benefícios por um mesmo segurado. Seja proveniente de duas instituições previdenciárias das quais o segurado fosse contribuinte obrigatório (art. 9º); seja o acúmulo de benefícios oriundos de instituições previdenciárias com “aposentadoria ou pensão pagas pela União, Estados ou Municípios” (art. 11).

O Decreto-Lei n. 2.474, de 05/04/1940, por sua vez, elevava para 60 anos o teto mínimo de idade para aposentadoria, em todos os Institutos e Caixas em que este limiar fosse até então mais baixo.

O significado do programa habitacional

Nesta discussão sobre modelo previdenciário dos anos 30-45 é necessário fazer uma observação à parte, a respeito do programa habitacional das instituições previdenciárias, um campo novo de intervenção destas instituições, inaugurado no período em análise e que se tornou, a partir daí, associado por muitos anos entre nós à idéia de Previdência Social. Marcando inclusive, por meio dos “conjuntos” habitacionais dos IAPs, a face de muitas das cidades brasileiras a partir de então. Este tema está colocado neste ponto

da nossa exposição em função de que, aparentemente, o surgimento de uma área nova de atuação da Previdência poderia ser visto como algo que se contrapõe às características restritivas que temos apontado como definidoras do período.

No entanto, o programa habitacional da Previdência não se constituiu, em sua origem, como um *serviço* e sim como uma *aplicação de capital* por parte destas instituições, como se discute a seguir.

Nas CAPs, a partir do decreto de 1931 acima citado e, depois, em todos os IAPs, foram instituídos programas de construção de casas para *venda* aos associados e/ou de *empréstimos* aos mesmos para construção ou compra da casa própria (ver a legislação a que temos nos referido). Ao contrário do plano ordinário de benefícios e serviços, a adesão a estes programas era voluntária e o pagamento das unidades habitacionais ou dos empréstimos nada tinha a ver com as contribuições regulares e compulsórias dos segurados. Constituíam-se, assim, o programa habitacional, como algo paralelo ao sistema do seguro social.

Na legislação referida, a construção de casas e os empréstimos aos segurados eram sempre tratados não nos capítulos referentes ao plano de benefícios e serviços, mas sim, sempre, num outro capítulo, destinado a regular os *investimentos* das reservas financeiras das instituições. Eram aí abordados, juntamente com outras formas de aplicação de capital, e sempre com a ressalva explícita de que o conjunto das aplicações deveria ser orientado de forma a obter “maior lucratividade possível” ou “o maior rendimento possível”, etc.

O programa habitacional e de empréstimos da Previdência era, sem dúvida, uma aplicação das reservas com orientação “social”. Era, no entanto, no período em questão, autofinanciável, lucrativo, uma forma de investimento basicamente. E, assim, não conflitava com a orientação contencionista então imposta à Previdência.

A forma de prestação da assistência médica

Ainda como parte desta análise do modelo previdenciário dos anos 30-45, é interessante incorporar outra questão: a maneira como se passou a encarar, no período, o problema da *forma* de prestação dos serviços médico-hospitalares.

Vimos no capítulo anterior que, nos anos 20, a assistência médica era pensada como uma atribuição central, obrigatória, e permanente das instituições previdenciárias. Aliando a isso a pouca preocupação, característica daquela fase, em acumular reservas financeiras, estavam dadas as condições para que, como efetivamente foi feito, abrissem-se as possibilidades de constituição de serviços médicos próprios das CAPs.

Mas, no período que se segue, ora em discussão, as condições são distintas. A assistência médica passa a ser vista como atribuição secundária e *provisória* da Previdência. Além disso, a orientação contencionista dominante não tem em boa conta a idéia de realizar gastos com investimentos sem retorno. Como resultado deste novo clima, cresce então de importância a tendência a comprar serviços médicos de terceiros. Principalmente no que tange à assistência hospitalar, onde as despesas com a construção e equipamento de serviços próprios seriam mais significativas.

Assim, o Decreto n.º 22.016, de 26/10/1932 (já discutido quanto a outros aspectos) “aprova o regulamento para a execução dos socorros médicos e hospitalares das Caixas de Aposentadoria e Pensões”. E, como já fizemos notar, frisa que:

“A extensão e o modo de prestar os socorros previstos no presente regulamento ficam estritamente condicionados às dotações orçamentárias de que dispuserem (...) as CAPs...” (artigo 17).

Em outros artigos do decreto, este *modo* de prestação da assistência, que deveria respeitar a orientação contencionista do período, é então detalhado.

Procede-se a uma distinção entre o comportamento a adotar frente à assistência ambulatorial, por um lado, e à atenção hospitalar, por outro. Quanto à primeira, era acei-

ta a prática anteriormente prevista, de constituição de instituições próprias das CAPs (embora não eliminando a possibilidade de compra de serviços também nesta área). Mas no que tange à assistência hospitalar, a orientação era claramente fixada no sentido da compra de serviços.

Assim, dizia o referido decreto:

“Art. 3º Os socorros médicos previstos neste regulamento serão ministrados por um corpo clínico, contratado para os serviços de cada caixa e distribuído de maneira que se faculte assistência efetiva a todos associados”.

“Art. 6º O serviço de assistência médica será prestado pelos médicos de cada Caixa nos respectivos postos distritais localizados de acordo com as exigências do mesmo serviço”.

Mas...

“Art. 4º *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 do serviço médico, com observância das regras constantes do artigo anterior e seus parágrafos*”.

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 mantiveram contrato para internamento de seus associados ou laboratórios particulares”.

É interessante notar ainda que, conforme estabeleciam os parágrafos do artigo 4º, acima citado, a compra de serviços hospitalares deveria ser feita através do mecanismo da concorrência pública. Ou seja, àquelas instituições que, em concorrência, oferecem melhores preços.

É importante perceber aqui em que medida a relação Previdência-fornecedores privados de serviços médicos era, nesta ocasião, distinta daquela que passará a prevalecer do final dos anos 60 a nossos dias. Nos anos 30 a 40 a Previdência Social, constituindo-se já como um grande comprador de serviços médicos, tinha por interlocutor pequenas instituições privadas, pequenas clínicas, hospitais e consultórios, isolados entre si, e que, como tais, tinham que submeter-se às regras de jogo impostas por seu grande cliente. Nestas condições a compra de serviços podia surgir, para a Previdência Social, como uma alternativa, definida a partir de sua preocupação com a restrição nos gastos.

Este quadro é bem distinto daquele que vigora entre nós nos anos mais recentes, onde instituições médicas privadas de maior porte, maior complexidade, e caráter empresarial mais marcado encontraram, além disso, formas de organização enquanto grupo, que as elevaram à condição de forte bloco de influência sobre a própria Previdência Social.

Mas não eram estas as condições vigentes nos anos 30-45. E naquele contexto a opção pela compra de serviços tinha por propósito a economia de recursos, dentro do espírito contencionista dominante.

A legislação sobre os Institutos era menos minuciosa no que tange à questão em tela. Mas estava sempre prevista a hipótese da compra de serviços médicos a terceiros.

Assim, o decreto de criação do IAPM, 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).

Já os decretos do final do período, acima citados, relativos à assistência psiquiátrica e à tuberculose faziam uma opção explícita pela compra de serviços.

Dizia neste sentido, por exemplo, o Decreto-Lei n. 3.138, de 24/03/1941:

“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”.

E o Decreto-Lei n. 5.772, de 24/08/1943:

“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”. (...)

Ao que parece, a opção pela compra de serviços foi efetivamente a dominante no período em questão, pelo menos no que tange às internações hospitalares. Veremos no próximo capítulo que, em 1945, isto é, ao final do período ora em análise, a Previdência Social em seu conjunto não contava com mais do que 4 hospitais em todo o País.

Em síntese: nos primórdios da existência de nossa Previdência Social, dadas as condições que caracterizavam aquele período, abriu-se a possibilidade da criação de serviços próprios de assistência médica nas instituições previdenciárias. O período seguinte, embora contasse com condições financeiras muitas vezes superiores para levar adiante esta alternativa, optou, ao contrário, pela ênfase na compra destes serviços. Só nos anos entre 1945 e 1964 é que a idéia da construção de próprios tomaria impulso, para voltar a decair nos anos seguintes.

Queremos chamar a atenção aqui para o fato de que esta questão — que se tornou polêmica no debate dos

anos recentes sobre a problemática previdenciária — como quase tudo na história da Previdência Social não foi resolvida em cada período por critérios “técnicos”, pretensamente objetivos. A polaridade serviços próprios x serviços contratados percorre toda a história da Previdência, e seu encaminhamento concreto em cada fase desta história responde às condições mais gerais dominantes no período, à concepção hegemônica sobre Previdência em cada etapa, enfim, ao jogo de forças e pressões sociais em presença.

A receita:

o valor das contribuições e o sistema de arrecadação

No período ora em discussão, além do processo já analisado de contenção dos gastos, desenvolveu-se uma outra linha de medidas, articuladas a esta, e de que trataremos agora, saindo do campo das despesas e passando para o da receita.

O que se percebe aí é um processo marcado por modificações nas três fontes principais de arrecadação da Previdência. Ou seja: a contribuição dos segurados; a contribuição das empresas; e o que passa a ser chamado agora “contribuição do Estado”.

De uma maneira aparentemente paradoxal, o período em análise, enquanto promove uma restrição nos planos de benefícios e serviços, cobra por outro lado dos segurados uma contribuição mais elevada ao orçamento da Previdência. Em outras palavras: recebendo cada vez menos, os segurados passam, no entanto, a pagar cada vez mais.

Novamente, aqui, é preciso tratar em separado das diferentes instituições, uma vez que o mesmo processo desenvolveu-se em cada uma em graus e formas diferentes. Começemos então pelas CAPs.

A primeira medida no sentido apontado acima foi assumida pelo Decreto n. 20.465, de 01/10/1931. O artigo 8º, alínea “a”, deste decreto tornava a contribuição do segurado variável para cada Caixa, em função do montante total das despesas da instituição no ano anterior. Assim, dispunha o artigo, que a contribuição do segurado corresponderia a:

“3% (do salário) quando a despesa não atingir 50% da receita, 4% quando atingir a 50%, 5% quando atingir a 70%, e 6% quando atingir a 80%”.

A consequência imediata desta disposição foi a de elevar, em média, para 4% do salário a contribuição dos segurados (anteriormente fixada em 3%), uma vez que, como nos mostra a Tabela I, a relação despesa/receita no ano anterior (1930) fora de 64,71%, para o conjunto das CAPs.

Mas esta mudança no critério de cálculo tem, além disso, um significado mais geral, de caráter doutrinário, que deve ser assinalado.

Como veremos mais à frente, o mesmo decreto ordenava que a contribuição das empresas, e a contribuição da União, deveriam ser, cada uma, iguais à dos segurados. Desta forma, a disposição referida acima fazia com que o *conjunto da receita*, e não apenas a contribuição dos segurados, variasse em função da despesa. Isto significava, em síntese, estabelecer concretamente que as *despesas jamais deveriam atingir a receita total*. A cada aumento das despesas corresponderia automaticamente um aumento proporcional das três fontes de arrecadação, mantendo-se sempre, desta forma, uma distância entre receita e despesa. Ou seja: mantendo-se sempre os superávits. Em outros termos, mantendo-se sempre, intacto, o chamado “*regime de capitalização*”.

Em outras palavras, o decreto de 1931 criava um mecanismo concreto de proteção do sistema acumulador de recursos que é o modelo de capitalização, incluindo-se aí a perspectiva de aumentos crescentes na participação dos segurados.

Na verdade, como veremos, tanto a União quanto as empresas neste período descumpriam as determinações legais, resultando daí que se abatesse fundamentalmente sobre as contribuições dos segurados a tentativa de preservação do regime de capitalização.

O decreto que se segue, ainda referente às CAPs é o de n. 21.081, de 24/02/1932. Já foi dito mais acima que este decreto, promulgado apenas quatro meses após o anterior, foi resultante da resistência suscitada pelas rígidas mudanças impostas ao modelo previdenciário através o decreto de 1931. E seus “consideranda” iniciais explicitam esta preocupação.

Temos visto, no entanto, que, no plano das medidas concretas, ele pouco modifica as disposições de 31. O mesmo volta a ocorrer no que tange ao tema ora em discussão. A este respeito, diz o decreto:

“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”.

Como se pode notar, apesar das considerações iniciais não há modificações substantivas em relação ao decreto anterior. Apesar de abolida a tabela criada em 31 (que apenas determinava *apriori* o ritmo dos aumentos), mantém-se o que é fundamental. Ou seja: a idéia de aumentos progressivos na contribuição dos segurados, em função da “situação financeira” das Caixas. Assim, também aqui (como já ocorrera em relação ao valor dos benefícios), outra vez se deslocava para os gabinetes dos tecnocratas uma decisão de caráter eminentemente político.

Ainda em relação às CAPs, finalmente, a Lei n. 159, de 30/12/1935, eleva para os valores entre 3 e 8% do salário a faixa de variação possível das contribuições dos segurados, devendo o Ministério do Trabalho fixar um índice para cada Caixa, no interior deste intervalo, “conforme exigir a situação” e “ouvida a Junta Administrativa da Caixa interessada”.

Os IAPs, que começam a surgir a partir de 1933, adotarão, basicamente, a mesma orientação definida pelos decretos acima citados. Ou seja: a fixação de uma faixa de variação para a contribuição dos segurados, sempre acima, no entanto, do patamar de 3% dos salários vigentes no pré-30 (para os dados a seguir, ver os decretos de criação e de regulamentação dos Institutos, referidos mais acima).

A única exceção é, surpreendentemente, o IAPM. A legislação que cria este último mantinha em 3% do salário a contribuição do segurado.

Já no IAPB, no entanto, a contribuição oscilava entre 4 e 7% dos rendimentos, de acordo com o nível salarial de cada segurado.

O decreto de criação do IPASE estabelecia condições idênticas às do IAPB. Entretanto, o decreto-lei que veio regular os “benefícios de família” (pensões e pecúlio) no Instituto mandava cobrar dos segurados o correspondente a 5% do salário *apenas pelo direito a estes dois benefícios* (excetuada portanto a assistência médica e a aposentadoria).

No IAPI, a contribuição oscilava entre 3 e 8% do salário, devendo o Ministério do Trabalho fixar a cada 5 anos um percentual no interior desta faixa, o qual vigoraria igualmente para todos os segurados.

No IAPC as disposições eram semelhantes às do IAPI, apenas com a diminuição para 3 anos do prazo de vigência do índice fixado pelo Ministério.

No IAPETEC, finalmente, a contribuição deveria também oscilar entre 3 e 8% do salário, mas o decreto-lei de criação do Instituto não especificava como seria estabelecido o índice no interior desta faixa.

A tendência geral do período é, portanto, a de elevação das contribuições dos segurados (quadro I).

As outras modificações importantes no âmbito da arrecadação previdenciária no período tiveram por base um novo conceito que é criado nesta época: o de “*contribuição tripartite*” (paritária). Ou seja: a idéia da equiparação nos valores das contribuições das três fontes principais de receita.

Esta noção, de inspiração aparentemente igualitária e, portanto, com forte apelo ideológico, disseminou-se no período em questão, materializando-se nos regulamentos de todos os IAPs e sendo incorporada, inclusive, pela própria Constituição Federal de 1934 (artigo 121, 1º, alínea “h”).

A primeira disposição neste sentido foi a formulada no decreto de 1931, referido outras vezes mais acima. Dizia ele, em seu artigo 8º (letras “d” e “e”) que a contribuição das empresas, bem como aquela “do Estado”, “*não será inferior ao produto da contribuição dos associados ativos*”.

Estabelecia-se assim, pela primeira vez, o princípio da contribuição paritária, que, enquanto disposição legal — formal, pelo menos — viria a vigorar até 1960.

Este novo modelo terá repercussões tanto no que tange à contribuição das empresas quanto no que tange à agora chamada “contribuição do Estado”.

Em relação à primeira, recorde-se que, nos anos 20, ela era calculada com base na *renda bruta* anual das empresas, correspondendo inicialmente a 1%, e depois a 1,5% desta renda, por ano. O decreto de 1931, acima citado, na verdade não eliminava este critério. Ele rezava (art. 8º, letra “d”) que a contribuição das empresas seria:

“correspondente a 1 1/2% da sua renda bruta, mas (...) não será inferior ao produto da contribuição dos associados ativos, a que se refere a letra ‘a’”.

Portanto, apenas *acrescentava* ao critério anterior um outro, *impondo-se o que implicasse valor mais elevado*. Ou seja: caso o correspondente a 1,5% da renda bruta superasse o total das contribuições dos segurados, mantinha-se o primeiro valor como contribuição da empresa.

Mas nos anos seguintes este critério é modificado, com a total eliminação da variável “renda da empresa” para fins de cálculo.

O decreto de criação do IAPM (1933) ocupa ainda uma posição intermediária, de transição, neste processo de mudança. Assim, diz a este respeito o seu artigo 11:

“A receita do Instituto é constituída pelo seguinte:
(...)”

b) contribuição das empresas, correspondente a 1 1/2% (um e meio por cento) da sua renda bruta anual, nunca inferior ao total das contribuições dos associados (...), *nem superior à importância de uma vez e meia esse total*”.

Estabelecia-se, portanto, um limite máximo para a hipótese (plausível) de que o valor resultante do antigo critério superasse o valor resultante do novo.

Os regulamentos dos demais Institutos a partir daí, no entanto (ver referências citadas acima), bem como a Constituição de 34, simplesmente não incluem mais a renda das empresas como critério de cálculo. A contribuição destas passa a ter apenas por base o que fosse arrecadado a partir dos segurados, devendo ser igual a este montante para a maioria dos Institutos (a exceção é apenas o privilegiado IAPB, onde a participação das empresas deveria corresponder a 9% do salário de cada empregado, até um salário máximo de 5 contos de réis, enquanto a contribuição dos próprios segurados oscilava apenas, como já foi referido, entre 4 e 7% do salário).

A renda bruta das empresas depende, basicamente, da produtividade e da lucratividade destas. Enquanto que o cálculo a partir da contribuição dos segurados depende, basicamente, do número de trabalhadores contratados pela empresa e do valor dos salários pagos.

É sabido que a evolução tecnológica permanente implica na substituição progressiva de mão-de-obra por maquinaria em todos os setores da economia. Desta forma, enquanto o primeiro critério de cálculo tende historicamente a elevar a contribuição das empresas, o segundo critério tende a diminuí-la. Além disso, deixa-a à mercê da variável “salários”, bastante sensível, num país como o Brasil, às vicissitudes das conjunturas políticas.

Dessa forma, por trás de uma medida de caráter aparentemente igualitário e progressista, o que se fez com a mudança de critérios foi beneficiar as empresas, diminuindo sua cota de participação na arrecadação previdenciária.

Cabe ressaltar, ainda aqui, o impacto diferencial dessa mudança sobre distintos setores empresariais. Com a modificação nos critérios de cálculo as pequenas empresas — mais “trabalho-intensivas” — passaram a ser mais oneradas do que as “capital-intensivas”, constituindo-se o custo da contribuição previdenciária (assim como o de outros encargos sociais), em mais um estímulo à substituição de mão-de-obra por tecnologia.

A última modificação a analisar nesta seção do texto diz respeito à terceira fonte principal de receita.

Vimos no capítulo anterior que, nos anos 20, esta era constituída por uma “contribuição” cobrada diretamente aos *consumidores dos bens ou serviços das empresas a que correspondiam as Caixas*, através de um adicional acrescentado aos preços destes bens ou serviços, e que correspondia a 1,5 e depois 2% destes preços. Além disso, vimos que este montante era arrecadado pelas empresas e repassado diretamente por estas às suas respectivas CAPs, sem qualquer mediação do Estado neste processo.

O já citado decreto de março de 1931 ainda não modifica a fonte de recursos para este item da receita, mantendo o mesmo imposto sobre os preços (que agora passa a denominar-se “quota de Previdência”).

Assim, diz o artigo 10 do decreto em questão:

“A taxa prevista na letra ‘e’ do artigo 8º será cobrado com a denominação de ‘quota de Previdência’ e *recairá sobre os elementos de receita da empresa* suscetível deste aumento, excluídas as rendas que, por sua natureza, não possam ou não devam ser oneradas, a critério do Governo”.

Mas o decreto introduz uma mudança significativa, na medida em que ele *não mais determina um valor fixo para a agora denominada “quota de Previdência”* (anteriormente igual a 2% do preço da mercadoria ou serviço em questão). Define-se apenas o *montante total* mínimo que deve ser arrecadado através deste imposto, por cada empresa. E isto ocorre em função de que o decreto estabelece, como vimos, a noção de paridade entre as três fontes de receita. Para obter esta paridade, ele fixa então apenas o valor da contribuição dos segurados, dizendo, a respeito das demais, somente que elas devem ser iguais àquela primeira.

Desta forma, reza o decreto apenas o seguinte, a propósito da terceira fonte principal de receita (que, por sinal, passa a ser denominada “*contribuição do Estado*”, termo de evidente apelo ideológico, embora como vimos siga sendo ainda não mais que uma contribuição do consumidor da empresa):

“Art. 8º As receitas das Caixas serão constituídas:

(...)

e) de uma contribuição do Estado, proveniente de aumentos das tarifas, taxas ou preços dos serviços explorados pela empresa, e *cujo produto não será inferior à contribuição desta*” (a qual, como vimos anteriormente, “não será inferior ao produto da contribuição dos associados ativos” — artigo 8º, letra “d”).

Assim, ficava agora indefinido, no plano da lei, o valor das “quotas de Previdência” a acrescentar aos preços de cada mercadoria ou serviço prestado pelas empresas. Este valor passava a ser variável, em função da *performance* do item-chave: — a contribuição dos segurados.

Ocorre que, como vimos mais acima, este último item sofre uma elevação no período, à medida que aumentava a massa segurada e que elevava-se o percentual de desconto sobre os salários destes. O resultado esperado deste processo, dado o modelo de contribuição tripartite, seria então uma elevação progressiva também no valor a ser atribuído às “quotas de Previdência”, de modo a que a contribuição do Estado” pudesse acompanhar aquela dos segurados.

A conseqüência final seria, em última análise, um aumento progressivo dos preços, para o consumidor, dos bens e serviços oferecidos pelas empresas abrangidas na legislação previdenciária.¹²

Recordemo-nos, no entanto, que os setores abrangidos eram, no início dos anos 30, setores estratégicos para a economia (ferrovias, portos, marinha mercante) e envolviam (enquanto consumidores principais destes serviços) os interesses da ainda influente oligarquia agrário-exportadora.

A alternativa logo buscada para evitar um progressivo aumento das “quotas de Previdência”, e conseqüentemente dos preços das empresas envolvidas, foi a de “socializar”

12. Notar, neste sentido, que a legislação de 1926 já encarava este problema, ao isentar do aumento de 2% que impunha sobre os preços “as tarifas de passagens nos trens de subúrbio 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. 10º, § único), como também, no corpo do artigo 10º, 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, também discrimina (no art. 12º, § único) serviços na sua área de atividades (marinha mercante) que não deveriam ser onerados por tais “quotas”.

um pouco mais a arrecadação de recursos para compor a “contribuição do Estado”, recorrendo-se para tanto a outras fontes de recursos.

Um primeiro passo neste sentido está no decreto de criação do IAPM (1933), que volta a fixar a “quota de Previdência” em sua área (marinha mercante) no valor de 2% sobre o preço dos serviços (artigo 12), acrescentando no entanto a seguinte observação, com vista a compatibilizar esta decisão com o modelo tripartite:

“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*” (artigo 14).

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 tripartite, sem provocar, com isto, 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 n. 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 tripartite 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 eles 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, 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 ao IAPC (§ 1º). Após o que, os recursos restantes destinavam-se a complementar os provenientes das “quotas de Previdência” para a contribuição da União aos demais Institutos e Caixas.

Além dessas duas fontes ordinárias, o artigo 9º determinava, como no regulamento do IAPM, 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 (…)”.

Ficavam, 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 serem retiradas de outros setores do orçamento)

Em 09/06/1936 foi promulgado o Decreto n. 890 que “Aprova o regulamento pelo qual ter-se-á de reger a execução da Lei n. 159, de 30 de dezembro de 1935”. O regulamento anexo manteve as disposições acima (ver Capítulo III: “Da Contribuição da União”).

Com toda esta ampliação das fontes componentes do item “contribuição do Estado” tornava-se impossível, no entanto, manter o velho modelo de arrecadação. Pelo qual, como vimos, as próprias empresas recolhiam o montante gerado pelas “quotas de Previdência” e o repassavam (juntamente com as demais contribuições) de maneira direta às Caixas.

A maior socialização do tributo previdenciário passou então a impor a *intervenção direta do aparelho de Estado ao nível da mecânica de arrecadação das “quotas” e “taxas”*, rompendo-se com isso, nesta área, a relação direta empresa-Caixa.

Como consequência, o Decreto n. 890, que acabamos de citar, veio definir um novo sistema de arrecadação destes tributos, que era organizado da seguinte maneira (ver capítulos IV a VIII):

1. Todas as “quotas” e “taxas” de Previdência seriam recolhidas pelas respectivas empresas *a uma mesma conta especial do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio no Banco do Brasil.*¹³

2. Constituir-se, com isso, 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 déficits 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. Aquela 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 empresa e Caixas exclusivamente, 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,

13. As contribuições de empregados e empregadores seguiriam sendo depositadas, pelas empresas, nas contas correntes de suas instituições previdenciárias correspondentes.

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, fez com que a “contribuição do Estado” (expressão cunhada em 1931, quando não passava de uma mera mudança de nome da contribuição dos consumidores), logo passasse a corresponder a uma modificação efetiva no sistema de financiamento da Previdência Social, introduzindo, então, de fato, o Estado no seu âmago.

Mas esta mudança assumiu logo, no plano concreto, um sentido paradoxal. Oposto ao que se poderia esperar a 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 “neoliberal” 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 Governo federal, burlando inclusive os 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 (Dutra, 1949). 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 (tabela I).

Dessa forma, longe de se constituir em um avanço, em um 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, depositado 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, depositados, juntamente com as “taxas” e multas, na conta do MTIC no Banco do Brasil. E a devolução, sob a forma da “contribuição” paritária estipulada legalmente, não se fazia, senão de maneira irregular e parcial, acumulando-se deste modo dívidas crônicas e crescentes da União para com os Institutos e Caixas.

Tecnocracia e política:

o papel dos “intelectuais” do aparelho previdenciário

Na primeira parte deste capítulo procuramos apresentar as características da Previdência brasileira no período 1930-1945, chamando a atenção para aquilo que, a nosso ver, marca essencialmente o período. Ou seja, o que denominamos uma “*orientação contencionista*”, imposta pelo Estado ao modelo previdenciário que passa a vigorar naqueles anos.

Esta orientação a princípio não era explicitada nem defendida de maneira formal, num discurso teórico organizado sobre a questão. Mas, a partir dos anos 40, começa a ser desenvolvido um esforço neste sentido, por parte de técnicos e dirigentes previdenciários. Estes autores desencadeiam um processo relativamente intenso de sistematização e divulgação das teses contencionistas, e são criadas, inclusive, publicações periódicas, em grande medida voltadas para o debate deste tema.

É interessante incluir aqui uma análise deste movimento, na medida em que ele reforça a tese que vem sendo defendida neste capítulo: de que a queda das despesas previdenciárias no período em questão não foi devido apenas a fenô-

menos técnico-atuariais, mas também a um processo ativo e consciente de contenção dos gastos. Uma motivação complementar na apresentação deste tema surge, também, na medida em que ele mostra um interessante exemplo de utilização política de um saber técnico, pretensamente isento e “objetivo”.

Começemos por situar o contexto de origem desta discussão, tentando perceber por que ela só é desencadeada a partir dos anos 40, enquanto o processo a que ela se refere estava em curso já há 10 anos.

Desde o início as medidas anteriormente apontadas, de contenção de despesas e de 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 relações 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, após o relativo descenso da movimentação operário-sindical ao longo da década de 20.

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

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 da 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 aumento de 5% nos salários. (...) os grevistas ampliam seu movimento para o interior, fazem assembléia e entregam suas reivindicações a Getúlio Vargas. Com a paralisação total e as demarches, o Ministério 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 10% e não mais entre 7 e 10%". (Carone, 1976).

"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, 1976).

"Em abril (de 1934), 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, estabilidade 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, 1976).

"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 Aposentadorias" (Carone, 1976).

"Em São Paulo, às vésperas das eleições estaduais de 1934, o sindicalismo livre encontrava forças para se reunir em coligação e definir um programa a ser submetido aos condidatos 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, 1976).

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.

Ocorre que, no clima ainda relativamente "aberto" dos anos 30-35, desenvolvia-se um debate *de caráter político* sobre as questões previdenciárias como o demonstram as citações acima. As intenções do Estado de restringir as despesas contrapunham-se os segurados, em defesa de seus interesses. E desse choque resultavam as marchas e contramarchas do processo, como vimos.

Mas os anos 1935/37, momento de corte radical na forma das relações entre o primeiro governo de Vargas 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, 1976).

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 superávits que vinham sendo acumulados desde 1923 tinham constituído já um respeitável patrimônio nestas instituições. Em 1938/39, como vimos, estes superávits ultrapassavam 70% (v. Tabela I). E, com isso, a riqueza da Previdência Social, materializada em grandes reservas financeiras, ações, imóveis, etc., começava a chamar a atenção, como se verá nas citações reproduzidas mais adiante.

Apesar do clima repressivo instaurado após 1935 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 áreas não “sociais”?

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.

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; etc., são questões cuja decisão depende essencialmente do poder de barganha de cada um dos elementos envolvidos no jogo. O surgimento da Previdência Social no País foi resolvido desta forma; as 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”...

Produz (ou melhor, assume) e defende, então, este movimento, o que estamos chamando de “teoria do Seguro Social” ou “teoria do modelo de capitalização”.¹⁴

Além das condições políticas acima analisadas (a nosso ver o fato fundamental desse processo), o surgimento do IAPI em 1938, como 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, deve muito também às características políticas da conjuntura (pós-35) em que foi criado, ao contrário dos demais IAPs, que o antecederam (o IAPETEC 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 preexistentes para as respectivas categorias).

14. A polarização encontrada em torno de dois modelos delimitados do ponto de vista financeiro como *regime de capitalização* versus *regime de repartição* — o primeiro envolve a formação de fundos de reserva, que, juntamente com os retornos dos investimentos, são utilizados no pagamento dos benefícios e o segundo raramente contribui para a mobilização de poupança desde que os benefícios correntes são pagos com receitas correntes — vai ser a tônica nos albores da previdência social brasileira.

Antes de passarmos a analisar textos representativos do movimento e das idéias contencionistas, convém tratar um pouco se 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 por que 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” do aparelho previdenciário. Homens que, desde então, e alguns até hoje, passariam a assumir importantes postos nestas instituições e, mais tarde, em outros setores da administração pública (como Plínio Catanhede ou Hélio Beltrão, entre outros).

Correspondem ao que Malloy (1976) denominou “os novos tecnocratas”. E sobre sua presença à frente da Previdência Social brasileira no período diz aquele autor, em capítulo com este nome:

“As raízes 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 da área previdenciária. Foi criado também um conselho *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 seguro atuarial*, além de outros especialistas na área”.

Por características específicas do IAP dos Industriários, de que Malloy (1976) nos falará a seguir, esses “intelectuais” concentraram-se preferencialmente naquele Instituto. O que deu motivo, inclusive, a que Gentile de Melo (1977/78), com sua habitual ironia, denominasse aos que dentre eles ainda hoje militam na Previdência Social de “cardeais do IAPI”.

Ouçamos Malloy (1976) a respeito:

“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”.

Podemos assim 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 aos sofisticados modelos de “seguro social” desenvolvidos por organizações internacionais como a Organização Internacional do Trabalho (OIT).

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 como 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, em função das contradições e da 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 das medidas de contenção a um dado modelo teórico: o do “Seguro Social”, segundo o qual estas medidas eram tomadas *exatamente em nome dos interesses dos segurados*, embora fosse difícil para estes compreender o “aparente” paradoxo que isso significava. Tudo se transformava, portanto, num problema de informação e de educação. De difusão e popularização da “teoria do seguro social”.

Os “tecnocratas”, “intelectuais”, ou “cardeais” da Previdência desempenharam, assim a nosso ver, uma função político-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. A tentativa de “tecnificação” de questões eminentemente políticas foi, aliás, uma característica mais geral de todo o primeiro governo Vargas. O exemplo mais conhecido desse esforço, 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 posto na órbita de órgãos de natureza “técnica” (o Ministério do Trabalho) e “jurídica” (a Justiça do Trabalho). Com a Previdência Social, ocorreu algo muito semelhante.

O primeiro representante do grupo em questão detectado por nós é Plínio Catanhede, à época Presidente do IAPI, um dos primeiros teóricos da noção de que “Previdência é Seguro” e como tal deve se comportar. Ouçamos o que dizia, então, este autor (Catanhede, 1940):

“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.

Como devem ser organizados, então, os planos de benefícios das instituições de Previdência Social (ou, nos seus termos, de “Seguro Social”)?

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 no trecho 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:

“A 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” (...).

Está presente, assim, nas formulações de Catanhede acima reproduzidas, 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.

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 portanto 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, então, 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 superávits 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:

Dentro deste modelo, a concessão de assistência médica passa a ser encarada como uma constante ameaça ao equilíbrio financeiro das instituições previdenciárias, dada a sua natureza redistributivista, à demanda incontável e ao custo crescente dos tratamentos médicos.

A revista do IAPI publica, em seu primeiro número, artigo sobre a matéria:

“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 antituberculosa. A idéia é, certamente, louvável, no que diz respeito à preocupação de mobilizar maiores recursos para uma cruzada de fundo de interesse coletivo. No entanto, e como deixou claro o autor da proposta, *seria perigoso atribuir maiores encargos a essas instituições* 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.*”

Desprezá-los ou burlá-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 vem 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 organizações 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*” (grifos nossos).

(O Globo, 27-8-47, Apud Industriários, n. 1, 1948).

Muitos outros textos, em especial o da revista “Industriários” (ver Oliveira, 1980), poderiam ser citados para

demonstrar o esforço intelectual despendido no período para justificar teoricamente cada uma das medidas contencionistas, como, por exemplo, o aumento das contribuições, a separação conceitual entre benefícios obrigatórios ou não etc.

No entanto, para não alongarmos desnecessariamente este texto, remetemos o leitor às citações transcritas na seção correspondente da tese que lhe deu origem (ver Oliveira, 1980, p. 201-250).

Em síntese, para os autores em tela, a Previdência continuava a ser encarada de um ponto de vista “neoliberal”. Não cabia ao Estado, através de seus recursos tributários gerais, garantir a renda dos trabalhadores e seus dependentes em casos de doença, invalidez, velhice ou morte, tampouco garantir bens e serviços, como assistência médica ou habitação. 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.

É este ponto de vista, hegemônico no período, que procuramos caracterizar com a expressão-síntese, formulada, por um dos autores em questão, e presente no título deste capítulo: “Previdência é Seguro”.

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 financiaria 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.

Nossa hipótese é que, se permanecesse de pé o modelo de Previdência (e Assistência) Social constituído nos anos 20, as despesas tendiam a alcançar a receita, tornando-se assim o sistema, na prática, “de repartição”.

Isso acarretou importantes conseqüências de natureza política. Forçou o novo regime instalado no País após 1930 a assumir uma posição definida frente à questão da Previdência Social, uma vez que manter um sistema previdenciário organizado em moldes que tendiam à “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 de maneira efetiva para a Previdência, a nível 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, um contribuinte, de sistema, inclusive com a possibilidade teórica de recorrer para tanto a fontes orçamentárias gerais. Mas nada disso visava garantir a continuidade de um regime tendente à repartição. Ao contrário, modificaram-se também os planos de benefícios e serviços num sentido restritivo das despesas, instituindo-se, agora sim, um regime que tendia a manter-se como de capitalização.

Da sociedade civil ao aparelho de Estado: as mudanças na administração

Vimos no capítulo anterior que as instituições previdenciárias do pré-30 tinham um caráter fundamentalmente civil. Ou seja: o Estado apenas impusera por lei a obrigatoriedade da sua criação em alguns setores, mas se mantinha à distância, tanto no que tange à gestão financeira quanto em relação à estrutura administrativa.

Vimos, depois, como este quadro se modifica após 1930, no que se refere à questão financeira. No plano administra-

tivo, de que se ocupa agora esta seção, algo de semelhante também vai ocorrer no mesmo período, como veremos.

As mudanças nesta área começam a se dar a partir de 1933, contemporaneamente ao surgimento da nova forma de organização da Previdência representada pelos Institutos de Aposentadoria e Pensões. E aparentemente elas têm no surgimento dos IAPs o seu determinante. Isto é, a passagem das instituições previdenciárias, de pequenas Caixas organizadas por empresa a grandes Institutos referidos a amplos grupos profissionais, teria imposto a necessidade das mudanças então efetuadas a nível administrativo, como mera exigência técnica “racionalizadora”.

Nosso ponto de vista é o de que, mais do que isso, as modificações introduzidas na forma de gestão da Previdência nestes anos — basicamente uma crescente participação e controle estatal — devem ser vistas como politicamente determinadas, no bojo do processo mais amplo de mudança no padrão de relacionamento entre Estado e sociedade civil que marca este período. E, também, mais especificamente, como parte do processo de reformulação do modelo previdenciário no sentido em que temos apontado. Ou seja: vemos o crescente controle estatal da administração previdenciária ao longo deste período como tendo sido um elemento importante na viabilização do projeto contencionista anteriormente analisado.

Passaremos então a descrever as mudanças ocorridas na estrutura administrativa das instituições previdenciárias ao longo destes anos, para, na seção seguinte, finalmente, procurar discutir o que seriam os determinantes mais gerais do conjunto de modificações impostas ao modelo previdenciário brasileiro entre 1930 e 1945.

O estudo da forma de gestão da Previdência nos anos 20, realizado no capítulo anterior, nos mostrava que esta era desenvolvida, àquela época, através um colegiado (“Conselho de Administração”) composto exclusivamente por representantes da empresa e dos empregados (eleitos estes últimos por via direta, em assembléia a nível das empresas a cada três anos).

Um dos membros deste Conselho era designado como seu presidente (a princípio um dos representantes do em-

pregador: “o superintendente ou inspetor geral da empresa”, e, a partir de 1931, um membro qualquer do Conselho, eleito pelos demais. Ver Decreto n. 20.465, de 01/10/1931). Mas, nesta posição, não dispunha ele de qualquer poder especial, nem exercia qualquer função específica distinta da de seus pares. Tratava-se apenas de um coordenador do órgão colegiado e que, a partir de 1926, tinha direito a “voto de desempate” nas suas decisões, ou seja: o Conselho era a instância administrativa e decisória máxima das CAPs, não se constituindo a presidência como uma instância destacada e superior a este, mas sim apenas como uma função ao interior do C.A.

A presença do Estado no que tange às questões administrativas restringia-se apenas, como vimos, às atividades do Conselho Nacional do Trabalho (criado formalmente por Arthur Bernardes em abril de 1923), que era tão-somente uma instância de recurso em casos de litígio, encarregada do exame dos balanços anuais 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.

Este quadro começa a modificar-se a partir da criação dos IAPs, logo atingindo também as CAPs, como veremos.

A primeira mudança significativa se dá com a criação, nos Institutos, de uma instância administrativa superior ao colegiado de representantes de empregados e empregadores. Este colegiado é sempre mantido — com o nome de Conselho (ou Junta) Administrativo (ou Fiscal) — mas a ele se superpõe agora a figura do Presidente (ou Diretor-Presidente) do Instituto. Cargo que tem características diversas daquele de “presidente do Conselho de Administração” no modelo anterior.

Os dois cargos eram distintos na medida em que agora o “Presidente” não era mais um membro do Conselho, sem função específica, com atribuições quase iguais à de seus pares. Mas sim correspondia a uma instância diversa e efetivamente dirigente da instituição. Rebaixando-se com isso o colegiado de representantes dos empregados e empregadores a um papel secundário, de assessoria ou de fiscalização “a posteriori” dos atos da Presidência.

A segunda diferença importante era a de que este cargo não era mais de designação dos empregadores, ou do Conselho Administrativo, mas sim *da Presidência da República*.

E com isso um primeiro passo era dado no sentido de introduzir, a nível da gestão das instituições de Previdência (e desde logo numa posição-chave), representantes do aparelho de Estado. Coisa até então inexistente.

Assim, dizia a este respeito, por exemplo, o decreto de criação do IAPM (junho de 1933):

“Art. 73. 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*.

§ 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 (dezembro 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”.

Ao contrário dos decretos de 1923 e 1926, onde este tema não era tratado, 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 seu capítulos sobre a administração).

Em termos gerais, pode-se resumir estas disposições dizendo que cabia agora ao Presidente o exercício da administração cotidiana do 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.

Começava a ser desfeito, desta forma, o modelo anterior, de quase total autonomia das instituições previdenciárias em relação ao aparelho de Estado. Embora fosse mantida uma instância de fiscalização e assessoria, onde tinham assento representantes de empregados e de empregadores, este colegiado deixava de ser o corpo dirigente efetivo da instituição, para assumir apenas esta posição secundária.

No cargo máximo de direção dos Institutos, por outro lado, assentava-se agora, com o real poder de direção, alguém, via de regra um funcionário governamental, nomeado (e demissível “ad nutum”) pelo Chefe de Estado.

Um outro passo adiante no processo que estamos analisando é representado pela própria mudança no “status” jurídico-formal das instituições previdenciárias. De órgãos civis, de natureza privada, que “as empresas” (v. decretos de 1923 e 1926) deveriam criar, estas instituições passam a ser definidas legalmente agora como órgãos “subordinados ao MTIC” (IAPM, IAPB, IAPI); ou “de natureza paraestatal” (IAPC, IPASE) (ver regulamentos correspondentes).

Além da criação da Presidência como uma instância superior ao colegiado de representantes, também este sofreu modificações, no seu processo de escolha e na sua composição.

Em primeiro lugar, a eleição dos representantes dos trabalhadores (e às vezes também dos das empresas) deixou de ser feita por via direta e passou a sê-lo através dos sindicatos, salvo quando estes não existissem para as categorias em questão.

Veja-se, neste sentido, o artigo 11 do decreto de criação do IAPI (dezembro de 1936), citado logo acima (os membros do Conselho Fiscal serão eleitos “dois *pelos sindicatos* de empregadores e dois *pelos sindicatos* de empregados na indústria”).

Ou o decreto de criação do IAPM (junho de 33):

“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”.

Neste Instituto a eleição dos representantes das empresas no Conselho era feita de forma direta, com cada empresa dispondo de um número de votos proporcional ao valor de suas contribuições à Previdência no ano anterior (art. 84).

São semelhantes as disposições do Regulamento do IAPB (setembro de 1934):

“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” (...).

Em tese esta era uma medida de cunho meramente racionalizador, dada a dificuldade de manter o mecanismo de eleição direta de representantes em instituições agora não mais restritas ao âmbito de uma só empresa. No entanto, considerando o que passaram a ser os sindicatos neste período (e principalmente após a maciça intervenção estatal nestes órgãos a partir de 1935/37, ver adiante), não se pode deixar de pensar no significado que passou a ter a “representação” dos segurados daí para a frente.

Já tendo sido rebaixada a uma função secundária na estrutura administrativa dos Institutos, esta “representação” tornava-se agora, além disso, facilmente manipulável por um regime que tinha alcançado amplo controle sobre o movimento sindical, e posto à sua testa o que se passou a chamar, daí para a frente, de “pelegos”.

Assim, nomeando o Presidente dos Institutos, e tendo, via de regra, indiretamente sob controle a composição dos Conselhos Administrativos, o Estado passa a ter domínio quase que total sobre as instâncias administrativas e decisórias das instituições previdenciárias.

No entanto, procura-se ir ainda mais longe. Menos de um ano após a criação do IAPM foi promulgado um decreto (n. 24.077, de 03/04/1934. “Modifica a organização do Ins-

tituto de Aposentadoria e Pensões dos Marítimos e dá outras providências”), que introduz duas novas mudanças em relação ao que foi discutido até aqui: os representantes dos trabalhadores e das empresas passariam a ser *escolhidos pelo Governo(!)*; e o Conselho Administrativo passaria a contar também, além daqueles, com representantes do Estado.

Assim, reza o citado decreto (art. 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”.

(...)

“Art. 20. 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 subseqüentes, as *indicações* serão feitas pelo Sindicato de empregados, em número de um por sindicato, e pelas firmas, empresas ou sociedade 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 5º:

“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 extinguiu “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 empregados e empregadores; além, ainda, da inclusão no Conselho de dois membros “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, ideolo-

gicamente conveniente, da pseudo-representação dos interessados. A Previdência passava a viver a mesma farsa que seria imposta à atividade sindical do País.

A quase irônica 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 dominante sobre a questão no período. E, se quisermos, mais amplamente, da própria concepção do Estado, à época, sobre como deveriam se organizar suas relações com as classes trabalhadoras.

No entanto, conforme já discutimos quando da análise do plano de benefícios e serviços da Previdência, as mudanças que se procura impor neste período ao modelo previdenciário não encontram passagem de uma forma totalmente linear, sem conflitos ou resistências. Principalmente nos anos entre 1930 e 1935.

É o que parece ter acontecido com este último decreto, referente ao IAPM.

Promulgado em 3 de abril de 1934, ele é sucedido, menos de 40 dias depois, em 10 de maio, por outro decreto que, explicitamente, desfaz as disposições do anterior (Decreto n. 24.222, de 10/05/1934, “Altera disposições do Decreto n. 24.077, de 3 de abril de 1934”), fazendo a estrutura administrativa do IAPM retornar ao modelo original.

Assim, dizia o artigo 1º do novo decreto:

“O IAPM será dirigido por um presidente (...), assistido por um Conselho Administrativo composto de oito membros, de nacionalidade brasileira, *senão 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 associações 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 voltaram a ser escolhidos pelo sistema antigo (§ 1º deste artigo).

Desaparecia, portanto, a figura do “representante do Estado” no Conselho Administrativo, e seus demais com-

ponentes voltavam a ser escolhidos, respectivamente, por empregados (via sindicatos) e empregadores.

Entre o primeiro e o segundo decretos, exatamente em abril de 34, eclodiu uma greve dos marítimos (categoria a que estava dirigido o IAPM), precisamente em torno de questões previdenciárias. E, em julho do mesmo ano, novo movimento grevista, dos mesmos marítimos, reivindica e consegue a deposição do presidente do Instituto (ver citações mais acima). Não temos nenhuma referência direta neste sentido, mas é difícil imaginar que a volta atrás do Governo em relação às disposições do decreto de abril não fosse motivada por estas ações.

Esta possibilidade de reação dos segurados às mudanças então em curso, no entanto, será bastante restringida a partir de 1935/37, quando a relativa reativação do movimento sindical ocorrida no interregno 30-35 é esmagada pela repressão estadonovista.

Daí para a frente, as medidas que os marítimos haviam conseguido barrar em 1934 encontram passagem mais livremente.

O decreto de criação do IPASE, por exemplo, de fevereiro de 38 (Decreto-Lei n. 288, de 23/2) dirá o seguinte, 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 n. 970, 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 n. 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, em que fora possível, excepcionalmente, aplicar as medidas frustradas de 1934. Mas isso não é verdade, visto que, excetuando-se a formalidade das listas, medidas idênticas foram adotadas nos anos seguintes, em relação a outras instituições previdenciárias. Vejamos o que diz a respeito o Decreto-Lei n. 2.122, de 09-04-1940 (“Reorganiza o Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Comerciantes”):

“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 escolhido entre os chefes dos principais Departamentos ou serviços administrativos quer do próprio Instituto, quer de instituições congêneres, ou, ainda, entre funcionários do 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 Comércio*, 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 achem constituídas”.

Note-se que não apenas se estabelecia aqui o que não fora conseguido para o IAPM em 1934 — a presença de um representante do Estado no Conselho Fiscal, e 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 àquela época como, via de regra, ainda hoje) das bases de trabalhadores e, portanto, muito mais infiltradas do que os próprios sindicatos pela atividade “pelega”.

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 no início do novo período 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 (decreto de 1931) onde o Estado não estava representado. Os representantes dos empregadores eram designados diretamente pela empresa, e os dos segurados 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 fundi-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 já reduzidas à metade (Tabela II).¹⁵

15. 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 está aí incluído, 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 mais 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 n. 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 n. 651, de 26/08/1938, para tornar-se o IAPETEC); 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 n. 9.939, de 16/12/1941 (“Estabelece a forma de administração das Caixas de Aposentadoria e Pensões e dá outras providências”).

Assim, 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 do Estado; e, no caso da gestão, a participação de empregados e empregadores...

Uma outra forma, menos direta, de ampliação do controle do Estado sobre as instituições de Previdência foi desenvolvida já a partir de 1930: a que é dada pelo crescimento do Conselho Nacional do Trabalho.

Este órgão, criado em 1923, foi, como vimos, qualificado por Rodrigues (1968) 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” (ver capítulo anterior). Época em que, como também já foi discutido, os grupos que detinham o controle do aparelho de

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 o 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 institucional 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, segundo Rodrigues, 1968).

Estas eram as características do único vínculo (de qualquer forma, apenas externo) existente na época entre o aparelho de Estado e as instituições previdenciárias.

Após 30 esta situação modificou-se radicalmente. O CNT foi desenvolvido, ganhando existência efetiva, e tornando-se um órgão que, concretamente, se sobrepunha às instituições previdenciárias (Caixas e Institutos). Deixou de ser uma repartição de natureza meramente fiscalizadora, de recurso, atuando à distância e *a posteriori*, e transformou-se agora num órgão que ditava normas, fornecia quadros, definia planos, impunha decisões, tinha que ser ouvido previamente, etc. Em suma, foi consideravelmente 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 paralela 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 em 1930, com a sua passagem para o recém-criado Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio. Órgão que fora constituído com a finalidade precípua de ser o instrumento de realização de um 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 o CNT 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 deixava em aberto (ver artigo 56 do decreto de 1926). O já várias 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 n. 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 (ver Oliveira, 1980). Fica claro, por este decreto, como o CNT tornara-se um centro de controle efetivo, a nível operacional, da estrutura previdenciária, inclusive no que tange à assistência médica, através das funções por ele atribuídas a um “consultor médico da Previdência Social”.

Autoritarismo, política social e acumulação: a Previdência e o contexto dos anos 30-45

Tendo descrito até aqui as mudanças ocorridas no âmbito da Previdência no período 30-45, a questão que se coloca nesta seção final do capítulo é a de quais teriam sido os móveis desta transformação.

Soa estranho à primeira vista, aliás, que um governo como o 1º Vargas adotasse, frente a uma questão política-chave de sua estratégia, como o era a Previdência Social, uma atitude nos moldes daquela que vem sendo descrita neste capítulo. Como se sabe, apesar das características autoritárias e de excepcionalidade que marcaram a maior parte daqueles 15 anos, Vargas procurava ampliar suas bases de apoio em setores populares, e as questões ligadas à temática trabalhista e social ocupavam papel central nes-

te esforço. Como explicar, portanto, a adoção de medidas que, como vimos, geravam insatisfações e mesmo (quando possível) resistências entre os segurados?

É claro que estavam dadas por um lado as condições para a adoção destas medidas. O fechamento político, as restrições e manipulações na esfera sindical, as próprias modificações internas à administração previdenciária que discutimos acima permitiam que a opção contencionista encontrasse passagem, no plano formal e legal, sem maiores dificuldades (note-se, por exemplo, que a maior parte das medidas legais com este cunho, apresentadas anteriormente, correspondem a decretos-lei).

Mas, por outro lado, isto implicava em um certo desgaste político. Implicava em sacrificar em certa medida as funções político-ideológicas da Previdência Social. Implicava em restringir o papel desta instituição enquanto instrumento de legitimação, enquanto instrumento de geração de consenso.

É óbvio que a manutenção do caráter “abrangente e pródigo” da Previdência dos anos 20, a manutenção da tendência ao aumento dos gastos e ao “modelo de repartição”, a existência de planos amplos de benefícios e serviços dariam à Previdência Social sob Vargas uma melhor “performance” política.

Outros elementos, portanto, devem ter entrado em jogo, no sentido de impor a opção contencionista, mesmo com os prejuízos políticos que ela necessariamente acarretava.

Antes de tratar destes outros elementos, no entanto, é necessário fazer uma ressalva. O “sacrifício” da eficácia política da Previdência, dada a opção contencionista, de que falamos acima, era na verdade um sacrifício apenas relativo. É certo que as medidas de contenção adotadas desagradavam às parcelas mais organizadas e mais “antigas” dos segurados, às categorias abrangidas há mais tempo pelo sistema previdenciário (como os marítimos, por exemplo, dos quais relatamos mais acima greves que tinham por base questões ligadas à Previdência), uma vez que estas categorias sentiam o novo rumo dos acontecimentos na área como um retrocesso em relação ao quadro anterior.

Mas por outro lado a Previdência Social ia sendo estendida a um número cada vez maior de categorias *novas*. Muitas vezes (agora sim e não nos anos 20) como uma “antecipação” a reivindicações destas categorias. Ou, pelo menos, muito antes de que elas atingissem um grau suficiente de organização e poder de barganha, capaz de por si só impor ao Estado o atendimento de reivindicações como a cobertura previdenciária.

Assim, para o aglomerado difuso de categorias englobadas sob a denominação “industriários”, por exemplo, os poucos direitos assegurados através do IAPI surgiam como uma concessão do “criador da Previdência Social brasileira” (como Vargas ficou conhecido). Mesmo que, no concreto, a Previdência no período só devolvesse aos segurados (em benefícios e serviços) em média 30 ou 40% do arrecadado (basicamente a partir destes mesmos segurados). E o IAPI de nosso exemplo estava ainda abaixo da média.

O que então motivou a adoção de um modelo contencionista para a Previdência Social no período, de modo a impor esta opção, mesmo tendo-se em conta os seus aspectos relativamente negativos no plano político?

Nosso exame desta questão sugere a existência de um determinante inicial, nos primeiros anos do período, que foi o processo mais geral de contenção de despesas públicas, adotado pelo Estado no imediato pós-30, como forma de fazer face à crise econômica herdada pelo Governo Provisório. Nos anos que se seguem ao abrandamento da crise, no entanto, outros fatores entrarão em jogo, como veremos.

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 nos últimos anos, consequência, por sua vez, da crise a nível internacional, e da maneira como o Brasil estava articulado ao mercado mundial.

A crise nos países “centrais” provocara, como se sabe, uma queda acentuada na procura e, conseqüentemente, no valor dos produtos primários, então 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. Com uma economia fundamentalmente dependente do seu setor externo, os reflexos dessa situação logo iriam se fazer sentir no interior do País.

Um setor particularmente afetado pela crise, e que nos interessa mais de perto, foi o *orçamento da União*. Submetido, simultaneamente, à diminuição da arrecadação e ao aumento das despesas, resultando em pesados déficits 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 dos preços a nível internacional.

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.

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. A conseqüência 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 negativo do saldo orçamentário somam-se as quedas de impostos internos e de importação, as dívidas estaduais, além dos fundos para a compra dos produtos agrários em superprodução. Daí ameaças e promessas, medidas de recuo de Getúlio Vargas, que obedecem mais às circunstâncias do que a plano preestabelecido” (Carone, 1976).

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 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.

Nesse clima, é perfeitamente compreensível que o Estado não estivesse disposto, no imediato pós-30, a despendar maiores 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 mensagem de Vargas ao final do primeiro ano de governo, 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 à angústia financeira 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 24.107:6532\$589” (Vargas, 1931).

Mas, por outro lado, uma atitude francamente contenccionista em outras áreas "sociais" de maior importância política, como a Previdência e Assistência Social, que implicasse em 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 por quê.

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 foi promovida basicamente por uma coalizão 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 "tenentes").

Esta coalizão, 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 Luiz, 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 para setores outros que não as facções intra-oligarquias agrárias e o tenentismo, ou seja: as classes trabalhadoras e o empresariado urbano.

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 nos advêm da nossa posição de membros do

'Bureau Internacional do Trabalho', cujas conclusões e convenções não observamos.

Se o nosso protecionismo favorece 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 noções 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 de 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." (Vargas, 1938).

No discurso de posse, 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 Colloz, reafirma, na sua posse, as idéias de Vargas sobre a importância a ser atribuída 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 aparecem no Brasil é a preocupação de ignorar oficialmente problemas dessa natureza e desse alcance" (Carone, 1976).

Aliás, desde aí vai ser constantemente repetida 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".

Esta 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, e iniciado já anteriormente a 30, 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:

“Não exageramos, 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”) (Vargas, 1938).

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 aposentadoria 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 arrastam 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, 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 e fortalecer os fundos das caixas, 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 anteprojeto 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".

Assim, ao contrário de outras áreas da Política Social, no caso da Previdência, como diz a primeira citação acima, "era fácil" 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 à produção*", como dizia o próprio Vargas nos seus discursos. "Bastaria" que, por um lado, fosse mantido (ou mesmo intensificado, como de fato foi) o caráter "neoliberal", autofinanciável, 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, arca-va 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 “neoliberal” 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 neoliberais: 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 os impostos (“quotas” e “taxas”) de Previdência arrecadados 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 em mãos do Estado, gerando recursos que teriam, em grande parte, outras destinações como veremos.

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 daí por diante?

Como vimos, as medidas adotadas no período de crise provocaram uma exacerbação do caráter “neoliberal” 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 os anos 60, quando o sistema tripartite 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 financeira 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” funciona na base da constituição de reservas financeiras, que são investidas, de modo a defender o seu valor dos desgastes inflacionários, ou mesmo crescer em termos reais (os juros dos investimentos são “um quarto contribuinte” como diz Madeira). Ocorre que estes investimentos eram feitos basicamente, à época, em “papéis” do Estado, tais como títulos da dívida pública ou ações de empresas semi-estatais que começavam a ser criadas no período, 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 investimentos em nosso incipiente mercado financeiro no período em questão. 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, ou 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 também repassadas ao Estado, através da compra de papéis públicos. Em 1933, por exemplo, enquanto o total das reservas correspondia a 273.700:000\$000 (duzentos e setenta e três mil e setecentos contos de réis. Ver Tabela I):

“os saldos disponíveis, *investidos em títulos da dívida pública*, atingem, por sua vez, a 176.095:000\$000”.

Ou seja: 64,2% do total

E em 1937:

“*para um ativo aplicado de cerca de réis 622.013:000\$000, as Instituições de Previdência possuíam réis 530.274:000\$000, investidos em títulos da Dívida Pública*” (Catanhede, 1940).

Ou seja: 85,2% do total.

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 financeira em mãos do Estado, graças ao “regime de capitalização”.

Acrescente-se a isso, como agravante, o fato de que os juros pagos pelo Estado aos capitais nele investidos pelas instituições de Previdência (de apenas 5 a 7% a.a.) eram com freqüência juros negativos, a partir de 1934 (Tabela VI).

Assim, se, no imediato pós-30, as medidas de contenção dos gastos previdenciários estavam ligadas à problemática da crise econômica, nos anos seguintes do período, no entanto, parece-nos que a descoberta deste *potencial* da Previdência enquanto instituição financeira poderosa está na base da manutenção e intensificação das medidas contencionistas.

Principalmente porque os recursos arrecadados dessa maneira através das instituições previdenciárias serão utilizados como um elemento importante para um dos projetos econômicos centrais do governo no período, qual seja: o apoio à industrialização.

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 destes 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 n. 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 n. 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 fixado pelo governo da União, ouvidas as respectivas juntas e conselhos Administrativos”.

Essa porcentagem foi estabelecida pelo Decreto-Lei n. 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 n. 454, de 09/07/37, e do Decreto-Lei n. 574, de 28 de julho de 1937”.

O Decreto-Lei n. 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 n. 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 n. 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 in-

dústrias (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 mínima em 15 anos.

Em 3 de abril de 1941, o Decreto-Lei n. 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”. Rezava seu artigo 2º:

“Os Institutos de Aposentadoria e Pensões dos Industriários, dos Comerciais 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 n. 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 n. 5.684 “autoriza a criação da *Companhia Nacional de Alcalis*, 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”.

Também a *Companhia Hidroelétrica do São Francisco* (CHESF) contou, para a sua constituição, com recursos das instituições previdenciárias.

Assim, o Decreto-Lei n. 8.031 de 3 de outubro de 1945 (“Autoriza a organização da *Companhia Hidroelétrica do São Francisco*”) reza em seu artigo 5º:

“Os Institutos e Caixas de Aposentadorias e Pensões, as Caixas Econômicas Federais e as demais entidades autárquicas ficam autorizadas a subscrever ações preferenciais ou adquirir, nos termos do art. 6º, ações ordinárias da CHESF”.

O referido artigo 6º autoriza o Ministério da Fazenda a ceder “às entidades mencionadas no art. 5º até 49% das ações ordinárias que o Tesouro Nacional subscrever na organização da CHESF, realizada a primeira prestação de 10% e pelo valor desta”.

Crédito agrícola e industrial, celulose, siderurgia, álcalis, energia elétrica eram, portanto, algumas áreas estratégicas para a economia do período, em direção às quais o Estado orientava os recursos acumulados pelas instituições de Previdência Social.

Esta prática se estende pelo período seguinte. Assim, o Decreto-Lei n. 8.669, de 16/01/46 (“autoriza a constituição da *Fábrica Nacional de Motores S.A.*”, e dá outras providências”), que transforma a FNM numa sociedade anônima, vai recorrer igualmente, para tanto, aos recursos da Previdência Social. Pelo seu artigo 3º:

“Os Institutos e Caixas de Aposentadoria e Pensões, as Caixas Econômicas Federais e demais entidades autárquicas ficam autorizadas a subscrever ações preferenciais da *Fábrica Nacional de Motores S.A.*”.

O Decreto-Lei n. 9.264, de 17/05/46, “autoriza a aquisição de partes beneficiárias da *Companhia Siderúrgica Nacional*”, por parte do Ministério da Fazenda. E seu artigo 2º permite que estes títulos sejam “transferidos, pelo valor de compra aos Institutos de Aposentadoria e Pensões, em pagamento das contribuições que lhes sejam devidas pela União”.

A anistia fiscal a empresas estatais em débito com a Previdência é outra forma indireta de transferência de recursos. O Decreto-Lei n. 9.271, de 22/05/46, por exemplo, “dispensa a *Estrada de Ferro Madeira-Mamoré* do pagamento do débito anterior ao corrente exercício para com a Caixa de Aposentadoria e Pensões de Serviços Públicos do Estado do Amazonas”.

A fabricação de locomotivas e a eletrificação de ferrovias vai, igualmente, contar com recursos da Previdência

Social. Neste sentido foi promulgado o Decreto-Lei n. 9.859, de 13/09/46, que “autoriza o Departamento Nacional de Estradas de Ferro a contrair com o IAPI empréstimos destinados a custear a construção, no país, de material rodante e a eletrificação das linhas da Viação Férrea Federal Leste Brasileiro”. Pelo artigo 1º os juros destes empréstimos não poderiam exceder 8% ao ano (enquanto os preços elevaram-se 16,6% em 1946. Ver Tabela VI), a prazos mínimos de 10 anos.

As disposições legais referidas acima, que para alguns casos impunham, e para outros autorizavam o investimento das reservas da Previdência em setores econômicos de interesse do Estado tinham o seu complemento nos regulamentos das instituições previdenciárias, que sempre incluíam um capítulo ou seção dedicado ao tema “Da aplicação das reservas” (ver 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, do “modelo de capitalização” pelo qual havia optado nossa Previdência. 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. Ver decretos correspondentes já citados).

Mas, além disso, o regulamento da maioria dos IAPs previa também a concessão de empréstimos diretamente a empresários privados (em geral do setor de atividades 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 n. 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 (isto é, 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 n. 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 n. 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 subagências”.

A Lei n. 1.272-A, de 12/12/1950, cria o *Fundo Ferroviário Nacional*, “destinado à construção, renovação e melhoramento das ferrovias compreendidas no Plano Ferroviário Nacional e ao auxílio às ferrovias estaduais” e, novamente, as instituições previdenciárias são “autorizadas” a aplicar suas reservas nas “obrigações ferroviárias e nas operações de crédito a que se refere esta Lei” (art. 11).

Em 1952 é criado o BNDE (*Banco Nacional do Desenvolvimento Econômico*), através a Lei n. 1.628, de 20/06. Pelo artigo 7º desta lei, também aqui participariam as instituições previdenciárias, através de empréstimos compulsórios, cujo montante o Ministério da Fazenda deveria fixar (até o limite de 3% da receita anual dos órgãos de Previdência).

Investimentos em títulos de empresas privadas eram também previstos em todos os regulamentos (ver decretos correspondentes).

Também os bancos privados tinham por vezes os seus depósitos fortalecidos 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 não aplicadas na Previdência deveriam ser mantidas em depósito no Banco do Brasil. No entanto, por vezes abriam-se exceções a esta regra, permitindo o depósito em instituições financeiras privadas. Veja-se, por exemplo, o que dizia sobre isto a Lei n. 159, de 30/12/1935, a que já fizemos 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 arrecadadores, previamente designados pelos Institutos ou Caixas*”. (...)

Veja-se no mesmo sentido o Decreto-Lei n. 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 ambigüidades da legislação permitiam que, por vezes, recursos das instituições previdenciárias fossem deslocados para bancos privados. Negociações que, aliás, ficavam sob permanente suspeita de irregularidade por parte dos segurados e do público em geral.

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 projeção política posterior fez com que esse assunto fosse por diversas vezes trazido à baila nos anos seguintes, e até recentemente (v. *Jornal do Brasil*, 30/6/77).

CAPÍTULO 3

1945-1960:

A redemocratização e a crise do regime de capitalização

O modelo de Previdência dos anos 45-60: rumo à “Repartição”

Os dados do orçamento

O pós-45 vai mostrar, em linhas gerais, um rápido crescimento relativo dos gastos da Previdência Social, após certa estabilização ao final do período anterior (Tabela I e Gráfico I).

Medidas como percentual da receita em cada ano (*idem*), as despesas vão elevar-se, inicialmente, do patamar de 40% fixado em torno de 1945, para outro patamar ao redor dos 65% nos anos finais da década seguinte. A partir de 1960, ano de promulgação da LOPS (Lei Orgânica da Previdência Social, que uniformiza os planos de atribuições dos diferentes IAPs), observa-se um novo crescimento, que eleva as despesas a 83,3% da receita em 1966 (ano da unificação dos IAPs no INPS). E nos anos imediatamente seguintes, os gastos continuam a crescer (Tabela Ib).

As despesas por segurado ativo, em valores reais (Tabela VII e Gráfico II), elevam-se ainda mais acentuadamente (o que é em parte atenuado no indicador anterior, em fun-

ção de certo crescimento da receita no mesmo período Gráfico II) passando dos meros Cr\$ 472,89 gastos em 1945, para Cr\$ 2.087,04 em 1960, e Cr\$ 2.408,70 em 1963 (último ano para o qual dispomos dos dados necessários à construção desta informação).

Obviamente o inverso se passava com os saldos anuais que, de 57,9% da receita em 1945 (e mais em anos anteriores), caíam agora para apenas 16,7% em 1966 (Tabela I). Igualmente o “Fundo de Garantia” (reservas), que em 1945 correspondia a 6,8 vezes a despesa total daquele ano, em 1964 já não representava nem mesmo um valor igual ao total das despesas no ano, pela primeira vez na história da Previdência Social Brasileira. E, em 1966, só era capaz de garantir um semestre de gastos (Tabela I).

Os dados de nossas tabelas estão sempre agrupados para o conjunto das instituições previdenciárias, tratando-se, portanto, de valores médios. Se tomarmos, no entanto, cada uma destas instituições isoladamente, veremos que, já a partir de 1964, algumas delas começam a apresentar na verdade *saldos negativos*, como é o caso do IAPM e do IAPFESP (Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Ferroviários e Empregados em Serviços Públicos, antiga CAPFESP, criada em 1953 pela fusão das Caixas ainda remanescentes):

IAPM (déficits, 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

Rápida elevação das despesas, diminuição dos saldos, esgotamento das reservas, déficits orçamentários. Tudo isso representava, em síntese, a falência do “regime de capitalização” que se pretendia impor à nossa Previdência Social no período de que trata o capítulo anterior. Agora a Previdência caminhava rapidamente, como no processo inter-

rompido em 30, no sentido do “regime de repartição”. Ou seja, ela tendia a tornar-se um mero repassador aos segurados, na forma de benefícios pecuniários e de serviços, do total da receita arrecadada.

Como em relação ao período anterior, poder-se-ia argumentar aqui que esta evolução das despesas corresponde simplesmente ao comportamento “natural”, esperado, de um sistema previdenciário (ou, mais amplamente, de um sistema de seguro) qualquer, que, iniciando com níveis baixos de despesa, caminha necessariamente, a partir daí, no sentido da elevação dos gastos. Já vimos, no entanto, que isto é verdadeiro apenas em termos muito gerais. E que, tanto o ritmo em que se processa este crescimento, quanto seu resultado final (estabilização abaixo da receita, ou superação desta) dependem das regras de funcionamento do sistema. Vimos também que, quando se trata, não do seguro comercial privado, mas de sistemas de Previdência Social, estas regras são bastante mutáveis, ao sabor das pressões e contrapressões políticas dos diversos setores interessados na questão. E vimos, finalmente, que, no período anterior ao que ora estamos discutindo, ocorreram significativas mudanças deste tipo, as quais buscavam fazer com que, na Previdência Social Brasileira, se cristalizasse um “modelo de capitalização” (visto não apenas como etapa transitória, mas como forma permanente de funcionamento do sistema).

Ora, a evolução das despesas no pós-45 levou, como acabamos de ver, à frustração desta expectativa. E nossa hipótese aqui é, outra vez, a de que tal “performance” não resultou de uma mera evolução “natural”, atuarialmente previsível, do sistema previdenciário tal como estava (re)organizado anteriormente a 45. Mas sim de uma nova mudança nas regras do jogo, agora de sentido inverso à anterior, ou seja, no sentido da desmontagem das medidas contencionistas dos anos 30-45.

Para tentar demonstrar esta hipótese, procederemos, como no capítulo anterior, inicialmente a uma análise, ainda, dos dados orçamentários. E, em seguida, da legislação sobre Previdência no novo período.

Começemos pelos gastos com assistência médico-hospitalar.

Como vimos no capítulo anterior, esta, bem como os “serviços” de maneira geral e os benefícios pecuniários de curto prazo, apresentam uma resposta mais imediata e mais clara às mudanças nas regras de funcionamento dos sistemas previdenciários. Isto porque, ao contrário das aposentadorias e pensões, independem de prazos de carência para a sua concessão.

Assim, os gastos com assistência médico-hospitalar, que em 1930 já haviam atingido 8,9% da receita, no período seguinte caem, de maneira progressiva, alcançando o menor valor ao seu final (1945), quando correspondem apenas a 2,3% do arrecadado. No período ora em análise observa-se um novo crescimento, com uma certa estabilização em torno dos 10% entre 1952 e 1962, e alcançando, em 1966, o correspondente a 14,9% da receita (Tabela I).

Em valores reais por segurado (cruzeiros de 1976) (Tabela VII) esta evolução corresponde a uma passagem dos 141 cruzeiros gastos em 1930, para apenas 25 cruzeiros em 1945, ascendendo depois para 343 cruzeiros em 1963. Ou seja: se a expansão da massa segurada no pós-30 não foi acompanhada por um aumento nem ao menos correspondente na oferta de serviços médico-hospitalares (em serviços próprios ou através de terceiros), o pós-45, ao contrário, verá um rápido crescimento deste setor, como discutiremos mais adiante.

Mudara, sem dúvida, o enfoque dado à questão da “assistência” no sistema previdenciário. De apenas 5,3% das despesas em 1945, os gastos neste item passam a corresponder a 17,9% da despesa total em 1966, deixando portanto de representar um elemento quase desprezível no padrão de gastos, para constituir-se num aspecto cada vez mais significativo da vida previdenciária.

Essa *mudança qualitativa* no modelo previdenciário é uma primeira característica a assinalar no novo período, da qual voltaremos a tratar adiante, e um dos elementos, sem dúvida, responsáveis pela modificação no comportamento da despesa total que ora estamos discutindo.

A rubrica “outras despesas” é a única que não sofre uma queda no período 30-45, passando dos 6,8% a 21% da

receita. E continua crescendo nos anos seguintes, alcançando 33,7% do arrecadado em 1966 (Tabela I). Ela tem comportamento semelhante na Tabela VII (gastos em valores reais, por segurado), com um crescimento mais marcado no segundo daqueles períodos. Sua excessiva abrangência, no entanto (inclui despesas administrativas e de pessoal, bem como gastos com benefícios menores, e serviços que não assistência médica), dificulta a interpretação deste fato. Torna-se impossível analisar, por exemplo (o que seria muito interessante), a evolução dos gastos com os programas habitacional e alimentar, e com os benefícios pecuniários de curto prazo.

Passando agora aos itens “aposentadorias” e “pensões”, a questão que se coloca é: o crescimento das despesas, igualmente observado aí no período 45-46 (Tabelas I e VII), é meramente devido à progressiva entrada em benefício dos segurados incorporados ao sistema no “boom” de crescimento dos anos 1935/1938? Ou modificaram-se, também aqui, as regras do jogo e, se tal não houvesse ocorrido, a expansão dos gastos seria mais lenta e a estabilização mais precoce?

Veremos na análise da legislação que a segunda alternativa parece ser a verdadeira. Mas a própria observação dos dados numéricos já nos dá algumas indicações neste sentido.

O estudo apresentado na Tabela VIII, a que já fizemos referência no capítulo anterior, procura apreender a dinâmica da concessão de benefícios em cada um dos períodos em análise. Nele podemos observar que, enquanto o modelo dos anos 20, ao seu final, concedia um número de aposentadorias correspondente a cerca de 20% do número de segurados cinco anos antes, o modelo em vigor no período 30-45 faz cair esta proporção para algo em torno de 5 ou 6% apenas. E o pós-45 fará retornar estes valores ao patamar anterior, de cerca de 20%.

Como já foi discutido, as pensões não apresentam comportamento semelhante, tendendo à estabilidade em todos os períodos, por motivos igualmente já apresentados.

A Tabela IX, por sua vez, apresenta a evolução do valor real anual médio das aposentadorias e pensões (gastos com

estes itens *por beneficiário* — aposentado ou pensionista — e não por segurado). Podemos observar ali que, após a acentuada queda destes valores no período 30-45, procede-se a uma significativa recuperação no período seguinte.

Assim, as aposentadorias que haviam caído de 12 para apenas 4 mil cruzeiros anuais, chegam a quase 9 mil em 1961, com uma queda relativa no final do período (6.200 cruzeiros em 1966). As pensões, igualmente, haviam baixado de 2 para 1 mil cruzeiros apenas, e elevam-se a quase 3 mil ao final do novo período (os dados são, como sempre, em cruzeiros de 1976).

Em síntese, a elevação dos gastos na área das aposentadorias e pensões também não parece poder ser devida simplesmente a uma mera evolução “natural” do sistema (hipoteticamente mantido nas mesmas bases constituídas entre 30 e 45) mas sim deve-se, em boa medida, a uma mudança tanto nos critérios de concessão dos benefícios (pelo menos para as aposentadorias) como no valor real médio destes (para aposentadorias e pensões).

Vejamos, então, como estas mudanças se deram no plano da legislação previdenciária.

As mudanças na legislação

A legislação previdenciária do pós-45 é marcada, em linhas gerais, pela progressiva desmontagem das medidas de cunho contencionista impostas no período anterior.

Isto não se faz de uma só vez, desenvolvendo-se, ao contrário, até 1960 (promulgação da LOPS) de forma gradual, através uma copiosa legislação, que assume um caráter puntiforme e casuístico. Instituto por Instituto e área por área de atividade da Previdência vão sendo contemplados sucessivamente, como veremos, por pequenas medidas que: ora ampliam os planos de benefícios ou de serviços de uma dada instituição, ora permitem a elevação dos gastos com os últimos ou facilitam o acesso dos segurados ou seus dependentes a eles, ora facilitam a concessão ou majoram os valores dos benefícios pecuniários, etc. Desenhando-se assim um processo que é bastante expressivo do contexto demo-

crático-populista agora subjacente (enquanto aparentemente pautado pela tendência às respostas circunstanciais e localizadas a pressões e interesses de pequenos grupos).

Faz parte igualmente das ambigüidades deste mesmo contexto o fato de que, se por um lado desmonta-se progressivamente o modelo contencionista, por outro lado não parece haver empenho maior na solução dos problemas que afetam a receita (basicamente os atrasos e a dívida crescente dos empregadores e da União). E a soma destes dois processos (elevação das despesas, sem correção dos desvios na arrecadação) vai resultar naquilo que passará a ser chamado, a partir de certo momento, de “crise financeira” da Previdência Social.

Em torno da metade do período, começam a intercalarse, a medidas que continuam basicamente a seguir o rumo acima apontado, umas poucas outras disposições que, timidamente, sugerem o reaparecimento de algumas preocupações de teor contencionista. Não nos foi possível, infelizmente, obter a legislação previdenciária dos anos entre 1954 e 1960, mas é bastante provável que ela tenha mantido este comportamento ambíguo, de concessões e tentativas de contenção. Tal pressuposição tem por base a análise da postura dos governos Vargas (2ª gestão) e Kubitschek frente à questão previdenciária, por oposição à do governo Dutra. Análise que será desenvolvida mais adiante, neste capítulo. Explicar-se-ia, além do mais, pela mesma via, a interrupção do crescimento das despesas que ocorre mais ou menos entre 1955 e 1960, para ser retomado a partir deste último ano (Tabelas I e VII e Gráficos I e II).

Em 1960, finalmente, será promulgada a LOPS que, uniformizando “por cima” (isto é, no padrão dos melhores IAPs) os direitos dos segurados de todos os Institutos, significará um golpe final no modelo contencionista e “de capitalização” que dominará o período anterior a este.

Um último aspecto interessante a assinalar, nesta introdução ao estudo da legislação do período, é o fato de que as mudanças, no rumo acima apontado, começam a ocorrer, como veremos, já no próprio ano de 1945. Ou seja, ainda sob o primeiro Vargas, ainda antes de sua deposição em outubro daquele ano.

Tal fato não nos deve surpreender, se recordarmos que, nos meses finais de seu governo, Getúlio, pressentindo a crise que terminaria por derrubá-lo, procurou reorientar em vários aspectos sua política para os setores populares, nacionalistas e a esquerda, buscando com isso aglutinar forças que pudessem ser mobilizadas em sua defesa. Ao que parece, também a Previdência Social (ou melhor, seus segurados) foram beneficiários desta reorientação.

Como no capítulo anterior, organizaremos a análise da legislação por área de atuação da Previdência, começando pela assistência médico-hospitalar.

E, em cada área, seguiremos a ordem cronológica dos dispositivos legais.

Assim, já em março de 1945, o Decreto-Lei n. 7.380 (do dia 13) “estende aos aposentados e pensionistas das instituições da Previdência Social os benefícios da assistência médica, hospitalar e farmacêutica” (...) “nos moldes da que é prestada aos seus associados ou segurados”.

Ou seja, até então este serviço (nas instituições em que era prestado) estava restrito aos segurados ativos e, por vezes, seus familiares. Agora, também os inativos e pensionistas eram incorporados à clientela da assistência médica previdenciária.

Para avaliar o significado desta medida em termos quantitativos, basta observar (Tabela II) que, em 1945, os aposentados e pensionistas formavam um contingente de 235.000 pessoas, o que implicava em adicionar à clientela médico-previdenciária quase 10% do número de associados ativos. E esta proporção aumenta nos anos que se seguem (Tabelas II e VIII).

O artigo 2º do decreto autoriza o MTIC a elevar até mais 0,5% do salário as contribuições tripartites “nas instituições de Previdência Social que lhe houverem proposto majoração desta taxa, para fazer face à assistência facultada no art. 1º”. E o artigo 3º permite às instituições de Previdência “dispender com o custeio dos respectivos serviços de assistência médica, hospitalar e farmacêutica, além das importâncias estipuladas para este fim nas leis e regu-

lamentos que lhes concernem, o produto do acréscimo de contribuição que foi fixado na forma do artigo anterior”.

Ou seja: se por um lado permite a elevação das contribuições, por outro lado permite também uma elevação, com estes recursos, do teto máximo de gastos com assistência médica, que a legislação anterior sempre procurava limitar (e uma elevação significativa, da ordem de até 0,5% *da receita*).

Em 7 de maio de 1945 era promulgado o Decreto-Lei n. 7.526 (“Lei Orgânica dos Serviços Sociais do Brasil”), através do qual se pretendia unificar a Previdência brasileira, substituindo os diversos IAPs por um “Instituto de Serviços Sociais do Brasil” (ISSB, art. 16). Esta iniciativa terminou por não ser levada a cabo, dada a queda de Vargas, e as dificuldades que o período seguinte enfrentou em promover tal unificação (uma vez que ela feria diversos interesses: das categorias minoritárias abrangidas pelos melhores IAPs; das burocracias dos diversos Institutos; dos próprios sindicatos, temerosos da perda de controle sobre uma superinstituição previdenciária; etc.). Mas é interessante, de qualquer forma, incorporar este decreto em nossa discussão, na medida em que ele demonstra também a mudança de postura frente à questão previdenciária no novo período ora em análise.

Em relação à assistência médica, note-se que o ISSB teria como atribuição desenvolver “serviços de previdência e assistência social” (art. 1º). E esta última era definida como “as formas necessárias de assistência médico-hospitalar preventivas ou curativas, e ainda as que se destinem à melhoria das condições de alimentação, vestuário e habitação dos segurados e de seus dependentes” (art. 11).

É bastante claro o abandono das preocupações restritivas presentes nas formulações correspondentes a estas dos Regulamentos de diversos Institutos no período anterior, e que tivemos oportunidade de discutir no capítulo antecedente. Modificou-se, sem dúvida, a concepção do que deva ser a Previdência Social e o papel que deve caber, dentro dela, à assistência médica.

O Decreto-Lei n. 7.835, de 6/8/45, por sua vez, eleva o limite máximo de gastos com assistência médico-hospita-

lar no IAPM e nas CAPs (até então restrito, como vimos, a 8% da receita). De acordo com as disposições do referido decreto (art. 4º, § único) este limite passava a ser fixado agora em 12% da receita anual.

O Decreto-Lei n. 8.450, de 26/12/45, “institui o regime de assistência médica e hospitalar dos servidores federais”, inaugurando no IPASE um serviço a que, como vimos, os segurados deste Instituto tinham direito, até então, apenas no plano quase que meramente formal. O artigo 5º deste decreto volta a fazer referência, por sinal, ao ainda inacabado “Hospital dos Servidores do Estado do Distrito Federal” (v. capítulo anterior), e que só seria inaugurado, finalmente, no ano seguinte.

O Decreto n. 21.042, de 1/5/46, dispõe sobre a ampliação do Hospital dos Marítimos, autorizando o MTIC a constituir comissão encarregada de levar a cabo os estudos necessários para tanto.

Em setembro de 46 é promulgada a nova Constituição Federal e esta incorporará, de maneira íntima, a questão da assistência sanitária à Previdência Social, eliminando com isso o argumento predileto dos atuários do período anterior sobre este tema, qual seja, o de que assistência médico-hospitalar não é uma “atribuição” previdenciária.

A Lei Maior do país passava a dizer agora que (art. 157):

“A legislação do trabalho e a da previdência social obedecerão aos seguintes preceitos, além de outros que visem à melhoria da condição dos trabalhadores:

(...)

XIV — assistência sanitária, inclusive hospitalar e médica preventiva, ao trabalhador e à gestante”.

Consolidava-se, desta forma, por dispositivo constitucional, o vínculo entre Previdência e assistência médica.

O Decreto n. 27.307, de 13/10/49, altera o Regulamento do IAPB (de 1934), elevando de 12 para 14% da receita anual o teto máximo de gastos com assistência médico-hospitalar naquele Instituto, “excluídos dessa limitação os serviços de hospitais, sanatórios e outros, que possuam renda própria”.

Em 30/12/49 foi promulgado o Decreto n. 27.664, que “regula o Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência da Previdência Social e dá outras providências”, fazendo nascer o famoso SAMDU, sigla que, durante muitos anos, ficou associada à própria noção de atendimento médico de urgência entre nós.

Tratava-se aqui da criação das chamadas “comunidades de serviços” (art. 1º). Ou seja, da unificação do atendimento aos segurados dos diversos IAPs e CAPs. Atendimento este não necessariamente restrito ao plano da assistência domiciliar e de urgência (art. 1º, § 2º: “Sempre que conveniente à sua melhor realização a juízo do MTIC, ficará também a cargo do SAMDU a prestação da assistência médica relativa a outros serviços médicos generalizados”).

É fácil imaginar a pressão que a criação deste sistema de atendimento domiciliar e de urgência passou a gerar sobre o conjunto da assistência médica previdenciária. Seguramente não foi este fato o único responsável pela nova dinâmica dos gastos com atenção médico-hospitalar nos anos seguintes, mas as Tabelas I e VII nos mostram que, exatamente entre 1949 e 1952 (não temos os dados para 50 e 51), as despesas com este item, que vinham crescendo lentamente desde 1946, dão um brusco salto, passando de 3,3 para 9,3% da receita, e de apenas Cr\$ 65,00 para Cr\$ 215,00 (cruzeiros de 1976) por segurado ativo. Isto é, um crescimento real de mais de 3 vezes em apenas 3 anos.

A Lei n. 1.532, de 31/12/1951 estende a prática das “comunidades de serviço” ao “combate à tuberculose”, prevendo-se ações “de medicina preventiva e curativa, por meio da profilaxia e assistência, inclusive assistência nosocomial, para os segurados, ativos ou aposentados, e seus beneficiários e para seus pensionistas”.

Além da tuberculose, para a qual a ação das referidas comunidades era tornada obrigatória (art. 2º), ficava facultada a adoção do mesmo sistema para o enfrentamento de “outras moléstias nocivas à coletividade”.

O artigo 6º do decreto, outra vez, previa recursos adicionais para os gastos relativos a estas disposições. Assim, ordenava aos IAPs e CAPs que destinassem “a importância

correspondente a 4% dos saldos orçamentários do exercício financeiro” anterior para custeio daquelas comunidades, “sem prejuízo das verbas ordinárias dos seus serviços médicos”.

A primeira medida de cunho aparentemente contencionista surgida no período em análise no âmbito da assistência médico-hospitalar, é apontada pelo Decreto n. 31.909, de 11 de dezembro de 1952, referente ao custeio dos serviços médicos no IAPB. Assim, rezava seu artigo 1º:

“As despesas totais com a manutenção dos serviços médico-hospitalares do IAPB, inclusive os ‘déficit’ porventura ocorridos nos serviços de sanatórios, em cada exercício financeiro ficarão limitadas às somas das seguintes parcelas, calculadas com base no balanço do exercício anterior”.

Segue-se uma lista de cinco variáveis que deveriam compor este cálculo. Como não conhecemos seus valores, é impossível saber em que nível ficava fixado o limite de despesas com a assistência médica (isto é, se acima ou abaixo dos 14% da receita, limite até então em vigor para este Instituto, desde 1949, como vimos há pouco). De qualquer forma, o teor do decreto sugere uma preocupação contencionista, um esforço de limitação do novo crescimento das despesas, que parece estar presente também em algumas outras medidas adotadas a partir daí, em outros setores da atuação previdenciária, como foi discutido acima.

Mas o Decreto n. 31.925, de 15/12/52, referente às CAPs, retoma a orientação anterior, fazendo incluir “os casos de partos, ainda que normais” nas condições em que estava garantida assistência hospitalar aos segurados daquelas pequenas instituições e seus dependentes (até então, pelo Regulamento, as internações nas CAPs eram restritas às “intervenções cirúrgicas”, como já vimos).

Em 1º de maio de 53 é promulgado o decreto que aprova o Regulamento do IAPC (n. 32.667) e em 1º de maio do ano seguinte um “Regulamento Geral dos Institutos de Aposentadoria e Pensões” (Decreto n. 35.448).

Em ambos é mantida a visão abrangente das instituições de “previdência e assistência” (Reg. do IAPC).

O “Regulamento Geral” define assim os IAPs (art. 1º):

“Os Institutos de Aposentadoria e Pensões têm por fim assegurar aos seus beneficiários os meios indispensáveis de manutenção, quando não se achem em condições de angariá-los por motivo de idade avançada, incapacidade, ou morte daqueles de quem dependiam economicamente, bem como a prestação de serviços que visem à proteção de sua saúde e concorram para o seu bem-estar”.

Os serviços médicos eram pensados agora em termos amplos:

“Os serviços médicos proporcionarão assistência clínica, cirúrgica, farmacêutica ou odontológica aos beneficiários, em ambulatório, hospital ou domicílio, com a amplitude que os recursos financeiros e as condições locais permitirem”.

O discurso é evidentemente outro. Não mais formulações no condicional; não mais a visão da assistência médica como algo provisório, “complementar”, “secundário”, “subsidiário”; nem mesmo limites financeiros definidos para as despesas com este item. A expressão “com a amplitude que os recursos financeiros e as condições locais permitirem” deve ser lida, a rigor, como uma aceitação tácita, agora, de que também estes limites são “essencialmente uma decisão política e, apenas, subsidiariamente atuarial” (Marshall).

A Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS, já referida mais acima) verá a questão da mesma forma abrangente (ver artigo 1º e Título III, Capítulo XIII), dedicando ao tema da assistência médica não mais apenas um pequeno artigo, como nos Regulamentos dos IAPs, mas todo um Capítulo, da parte referente às “prestações”. Aí são abordadas as formas de concessão desta assistência; a compra de serviços ao setor privado, e aos próprios empregadores (os atuais “Convênios-empresa”); a outras instituições públicas e sindicatos; as formas de pagamento dos serviços comprados; o financiamento para expansão de entidades beneficentes de saúde; as “comunidades de serviços”; o credenciamento de médicos; a “livre escolha”; as tabelas de honorários etc.

Já pertencia efetivamente ao passado, como se vê, a discussão do período anterior sobre se a Previdência deveria ou não envolver a área de atenção à saúde.

Também no âmbito dos *benefícios pecuniários* (aposentadorias e pensões, e benefícios menores) o que se observa

no período é a progressiva reversão das medidas anteriores de cunho contencionista.

Dada a extensão da legislação sobre este tema, e procurando tornar menos monótona a exposição, apresentamos a seguir os decretos e leis pertinentes, assinalando de maneira sucinta as novidades que introduzem em relação ao quadro anterior (a referência para comparação é a legislação correspondente ao período 30-45, analisada no último capítulo):

— *Decreto-Lei n. 7.437, de 4/4/45*: elimina, em todos os IAPs e CAPs, o prazo de carência para a concessão de aposentadoria aos segurados acometidos por lepra, e elimina entraves burocráticos a esta concessão.

— *Decreto-Lei n. 7.481, de 19/4/45*: amplia o plano de atribuições do IAPETC, incluindo, como dado novo, pelo menos o *auxílio-doença*.

— *Decreto-Lei n. 7.835, de 6/8/45*: reajusta o valor das aposentadorias e pensões em todos os IAPs e CAFs, elevando-as, em proporção variável segundo o tempo de existência do benefício (de 105% de aumento para os benefícios concedidos desde 1923, a 10% para os benefícios concedidos a partir de 1944).

Inclui o auxílio-doença no plano de atribuições do IAPM e de todas as CAPs.

— *Decreto-Lei n. 8.768, de 21/1/46*: “concede aumento aos pensionistas do IPASE (...) na base estabelecida para o aumento concedido aos pensionistas da União”.

— *Decreto-Lei n. 8.769, de 21/1/46*: referente ao IAPI. Elimina as restrições de idade e condições de saúde para ingresso no Instituto, vigentes no Regulamento original.

Diminui de 30 para 15 dias o período de afastamento a partir do qual passa a ser devido o auxílio-doença aos segurados.

Inclui o “auxílio para funeral” no plano de atribuições.

— *Decreto-Lei n. 8.821, de 24/1/46*: revoga a proibição de acúmulo de benefícios por parte de segurados contribuin-

tes obrigatórios de mais de uma instituição previdenciária. Bem como o acúmulo de “benefícios concedidos pelas instituições de previdência social como o de aposentadoria ou pensão paga pela União, Estados ou Municípios”, permitindo “sem quaisquer limites” o acúmulo de: pensões civis e militares; pensões com vencimentos, remuneração ou salário; e pensões com provento de disponibilidade, aposentadoria ou reforma.

— *Decreto-Lei n. 9.683, de 30/8/46*: inclui o seguro-doença no IAPETC.

— *Decreto n. 22.367, de 27/12/46*: inclui o auxílio-funeral no IAPETC.

— *Constituição Federal de 18 de setembro de 1946*: define, como condições a serem cobertas pelos benefícios da Previdência Social, além “da velhice, da invalidez, e da morte”, a “maternidade” e a “doença” (art. 157, alínea XVI).

— *Lei n. 593, de 24/12/48*: “restaura”, nas CAPs, a aposentadoria ordinária (por tempo de serviço).

— *Decreto n. 26.778, de 14/6/49*: inclui, no plano de atribuições das CAPs, o auxílio-doença e o auxílio-funeral.

— *Lei n. 1.136, de 19/6/50*: reajusta o valor das aposentadorias e pensões em todos os IAPs e CAPs, com aumentos em torno de 50% (pequena variação entre as taxas, em sentido inversamente proporcional ao valor do benefício).

— *Lei n. 1.162, de 22/7/50*: equipara as aposentadorias e pensões devidas aos funcionários das autarquias federais (segurados de diversos IAPs e CAPs) àquelas pagas aos “servidores civis da União” (segurados do IPASE), preservando-lhes o direito aos “outros benefícios estabelecidos no regime de cada IAP ou CAP a que forem filiados”, e mantendo os valores vigentes das aposentadorias e pensões quando já fossem “iguais ou superiores” às dos servidores públicos.

— *Decreto n. 31.547, de 6/10/52*: inclui “aposentadoria por velhice” e “auxílio-maternidade” no plano de atribuições do IAPI.

— *Lei n. 1.756, de 5/12/52*: referente ao IAPM. Dispunha que as aposentadorias devidas ao pessoal da Marinha Mercante que durante a guerra houvesse participado de viagens “na zona de ataques submarinos” fossem calculadas “com base nos vencimentos do posto ou categoria superior” à sua no momento da aposentadoria.

— *Decreto 32.667, de 1/5/53*: referente ao IAPC. No cálculo do valor das pensões, mantém apenas como limite mínimo o critério tradicional (50% da aposentadoria devida ao segurado). A partir daí, as pensões passam a ser proporcionais ao número de dependentes (30% da aposentadoria + 10% por dependente, sem limites). Elimina a idade máxima como critério para inscrição de segurados.

— *Decreto n. 32.668, de 1/5/53*: diminui de 15 para 4 dias o período de afastamento a partir do qual passa a ser devido o auxílio-doença ao segurado no IAPETC.

— *Lei n. 1.863, de 21/5/53*: concede um “auxílio especial” (80% do pecúlio correspondente) aos dependentes de segurados falecidos do IPASE “que não contribuíram para o pecúlio a que estavam obrigados”.

— *Lei n. 1.932, de 10/8/53*: concede novo aumento aos pensionistas do IPASE, na mesma proporção do aumento concedido aos pensionistas da União.

— *Lei n. 2.130, de 7/12/53*: proíbe as instituições de Previdência Social de reterem por mais de 15 dias o auxílio-doença devido aos segurados, punindo-as com multa de 20% sobre o valor do auxílio, pago ao segurado, em caso de atraso.

— *Decreto n. 34.908, de 8/1/54*: amplia a definição de “beneficiários” dos segurados, para fins de direito aos benefícios pecuniários e serviços, incluindo as filhas e irmãs solteiras entre 18 e 21 anos de idade.

Manda pagar aos beneficiários o auxílio-maternidade devido, em caso de falecimento do segurado.

— *Lei n. 2.250, de 30/6/54*: concede, aos aposentados e pensionistas de todos os IAPs e CAPs, um “abono de emergência”, no valor de 30% sobre os benefícios em vigor.

Em relação às tentativas frustradas de unificação ou uniformização dos Institutos, desenvolvidas no período, e a que já fizemos referência, o decreto-lei que criaria o ISSB (1945) introduz como novidade no âmbito dos benefícios pecuniários apenas a noção de “invalidez temporária” (mais ou menos correspondente ao “auxílio-doença” que seria incorporado depois, como vimos, aos planos de diversos Institutos).

Já o “Regulamento Geral dos Institutos de Aposentadoria e Pensões” (1954) previa um plano bastante amplo de benefício e serviços que englobaria e generalizaria para todos os IAPs as conquistas parciais dos anos anteriores. Assim reza o seu artigo 20:

“As prestações asseguradas pelos Institutos consistem em benefícios ou serviços e são as que se seguem:

I — Quanto aos segurados:

- a) auxílio-doença;
- b) aposentadoria por invalidez;
- c) aposentadoria por velhice;
- d) aposentadoria ordinária;
- e) auxílio-maternidade;
- f) auxílio-funeral.

II — Quanto aos dependentes:

- a) pensão;
- b) pecúlio.

III — Quanto aos beneficiários em geral:

- a) serviços médicos;
- b) serviços complementares”.

A LOPS, por sua vez — que já não é uma “tentativa frustrada”, mas sim efetiva, de uniformização de direitos dos segurados dos diferentes Institutos, e que agravará, com isso, as dificuldades financeiras crescentes da Previdência no período — ampliará ainda mais o seu plano de atribuições, mesmo por relação àquele previsto no “Regulamento Geral” de 54. Assim, dispunha o artigo correspondente (22º) da Lei Orgânica:

“As prestações asseguradas pela Previdência Social 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;
- h) assistência financeira.

II — Quanto aos dependentes:

- a) pensão;
- b) auxílio-reclusão;
- c) auxílio-funeral;
- d) pecúlio.

III — Quanto aos beneficiários em geral:

- a) assistência médica;
- b) assistência alimentar;
- c) assistência habitacional;
- d) assistência complementar;
- e) assistência reeducativa e de readaptação profissional (quadro I).

A promulgação da LOPS é, assim, o marco da derrota final do modelo contencionista, ao estender, para o conjunto dos segurados da Previdência, um plano extremamente amplo de benefícios e serviços.

Além da assistência médica e dos benefícios pecuniários há, na legislação do período, disposições referentes às áreas de habitação, empréstimos e alimentação, que têm o mesmo sentido das analisadas até aqui.

No campo da habitação (o mais importante destes) o que se percebe é, em primeiro lugar, um conjunto de medidas que eliminam restrições e limites para concessão dos financiamentos e venda dos imóveis, bem como uma destinação crescente de recursos para esta área. Mas, além disso, ficam mantidas as condições de pagamento vigentes no

período anterior (longos prazos e juros sempre abaixo dos 10% anuais, condições reforçadas em alguns dos decretos a seguir como veremos), modificando-se com isso o próprio caráter da questão habitacional na Previdência. Vimos no capítulo anterior que este programa era pensado, nos anos 30-45, apenas como mais uma das aplicações das reservas. Ora, funcionando agora a juros negativos (ver Tabela VI para os índices inflacionários no período) o programa habitacional muda de caráter, adquirindo um sentido “social” mais marcado, de *subsídio* à compra da casa própria, mais do que de aplicação vantajosa das reservas. E, do ponto de vista das instituições previdenciárias, um comportamento cada vez mais deficitário.

Assim, em 1960, as “rendas líquidas patrimoniais e imobiliárias” dos diferentes IAPs já somavam apenas 919 milhões de cruzeiros correntes num ano em que a receita elevava-se a 112 bilhões, a despesa a 70 bilhões e, só os gastos com assistência médica, por exemplo, a 10 bilhões (Tabela I).

Em 1964, por outro lado, o mesmo item (“rendas líquidas patrimoniais e imobiliárias”) já correspondia a um *déficit* de 1,08 bilhões de cruzeiros.

Inaugurando as mudanças nesta área, o Decreto-Lei n. 7.264, de 22/1/45, referente ao IPASE, modifica o Regulamento do Instituto, eliminando a exigência de entrada inicial mínima na venda de imóveis aos segurados, bem como o limite anteriormente estabelecido para a concessão de empréstimos hipotecários a estes.

O Decreto-Lei referente ao ISSB (de 7/5/45), por sua vez, denotava uma mudança radical na concepção vigente no período anterior sobre a aplicação das reservas da Previdência (aliás, no mesmo sentido do que vai dizer Dutra mais adiante a este respeito):

“A aplicação das reservas a que se refere o § 2º do artigo anterior, asseguradas as condições de garantia e rendimento, visará precipuamente a melhoria das condições de vida social, atendendo às necessidades mínimas dos segurados e seus dependentes no que concerne à sua alimentação, habitação, vestuário e saúde” (art. 6º).

O que corresponde a um abandono claro das expectativas anteriores no sentido de orientar as aplicações de reservas da Previdência no sentido de “uma destinação produtiva” (ver capítulo antecedente).

Já vimos também que, no mesmo decreto, na definição dos “serviços de assistência social” a serem prestados pelo Instituto unificado (art. 11) incluía-se não apenas “as formas necessárias de assistência médico-hospitalar”, mas também “as que se destinem à melhoria das condições de alimentação, vestuário e habitação dos segurados e de seus dependentes”.

Continuando a análise da legislação encontramos a Lei n. 1.061, de 7/2/50, que eleva (de 75 para 200 mil cruzeiros) o teto máximo para financiamento de casa própria aos segurados.

A Lei n. 1.147, de 25/6/50, por sua vez, facilitava o financiamento para construção ou compra da casa própria, através da Previdência Social (e Caixas Econômicas) aos ex-combatentes. Os juros anuais aí estabelecidos (“entre 6 e 10%, estes só quando rigorosamente necessários ao acautelamento dos interesses das instituições financiadoras”) tornar-se-iam, na verdade, juros negativos, ao longo dos 20 anos fixados como prazo mínimo para o empréstimo (Tabela VI).

O Decreto n. 28.701, de 27/9/50, modifica dispositivos do Regulamento anterior sobre a questão habitacional na Previdência (Decreto n. 1.749, de 28/6/37), elevando de 50 para 75% dos saldos acumulados “convertidos ou não em títulos da Dívida Pública”, o montante de recursos que poderiam ser aplicados na compra ou construção de moradias para os segurados, ou de “edifícios para instalação de sedes ou serviços”.

O Decreto n. 32.073, de 9/1/53, elimina disposição anterior (do regulamento sobre empréstimo de 1932) que impedia aos aposentados por invalidez de contraírem empréstimos nas instituições da Previdência.

O Decreto n. 33.427, de 30/7/53, que inicia com um preâmbulo abordando a questão da “carência de habitações no País” e as dificuldades que vinham sendo enfrentadas para combatê-la,

“autoriza as instituições de Previdência Social a colaborarem, através de financiamento e assistência técnica” (...) “com as entidades existentes ou que se criarem, públicas ou privadas sem fins de lucro, atuantes na área da construção ou financiamento de habitação de tipo popular, melhoria das existentes, aquisição de terrenos para loteamentos populares e construção de núcleos de casas ou apartamentos proletários, produção e distribuição a baixo custo de materiais de construção destinados a habitações populares”.

A Lei n. 2.068, de 9/11/53, elimina outra vez (isentando o Instituto das disposições da Lei n. 1.061, de 1950, citada acima) o limite máximo para os financiamentos no IPASE; autoriza aos segurados locatários de imóveis do Instituto a sua compra “pelo preço de custo acrescido de 10% para despesas de administração”; estabelece juros máximos entre 8 e 10% a.a. (dependendo do montante da operação); e permite abater do preço do imóvel importâncias pagas anteriormente a título de aluguel.

A Lei n. 2.158, de 2/1/54, relativa ao SAPS (Serviço de Alimentação da Previdência Social), dispunha que todos os IAPs e CAPs deveriam participar com o correspondente a 3% das contribuições de seus segurados e respectivos empregadores, nos custos daquela instituição. E estabelecia controles, limites, e condições, para elevação dos preços das refeições fornecidas.

Como nos caso do ISSB, o “Regulamento Geral dos Institutos de Aposentadorias e Pensões” falará, no tocante à aplicação das reservas (art. 83), da “predominância do critério de utilidade social”. Especificando melhor o conceito de “utilidade social”, acrescenta o Regulamento que, considera-se como tal “a ação exercida em favor da habitação, da higiene, do vestuário, da alimentação, do nível cultural, e, em geral, das condições de vida da coletividade dos segurados e, *subsidiariamente*, da coletividade nacional” (por esta última observação percebe-se outra vez que passou a época de cobrar dos segurados da Previdência sacrifícios em nome de supostos “interesses nacionais”).

A LOPS reproduzirá literalmente, em sua seção referente à “aplicação do patrimônio” (Capítulo III, Seção I), o artigo acima citado, do Regulamento Geral dos IAPs de 1954.

Vimos assim como a legislação do pós-45 vai, progressivamente, desmontando o modelo contencionista estabelecido nos anos anteriores.

Um último aspecto importante da legislação é o relativo à *receita* das instituições previdenciárias.

A necessidade de fazer acompanhar o crescimento das atribuições (e conseqüentemente das despesas) por uma elevação da receita é um tema constante dos decretos analisados acima (e seus preâmbulos). E as contribuições dos segurados vão, neste sentido, efetivamente sendo elevadas de maneira gradual (ver decretos citados), até que a LOPS (art. 69, alínea I) generaliza para todas as instituições a taxa mais alta em vigor, de 8% do salário.

A contribuição das empresas segue sendo igual à dos segurados, ao longo de todo o período, e para todas as instituições. E, portanto, cresce junto com ela (embora fosse freqüentemente sonegada, como se discutirá adiante).

No que tange à contribuição do Estado, o decreto que criaria o ISSB propunha uma elevação suplementar dada pelo acréscimo, à contribuição paritária habitual, de mais “a quantia mínima de 1% da receita ordinária de cada exercício”, tanto por parte da União (art. 5º, alínea e), quanto por parte “dos Estados, Territórios, Distrito Federal e Municípios” (alínea j). Mas, como este decreto não chegou a entrar efetivamente em vigor, a contribuição do Estado continuou, até 1960, definida nos mesmos moldes que anteriormente.

A Lei Orgânica é que vai proceder a uma modificação substancial nesta questão. Ela rompe, após 30 anos de vigência (se bem que meramente formal) deste conceito, com a idéia de “contribuição tripartite” (paritária) que, como vimos, era um mito cultivado desde 1931 (embora sistematicamente violado). O artigo 69 da LOPS, que trata das fontes de receita, continua a definir a contribuição dos segurados como correspondendo a 8% do salário, e a contribuição das empresas como devendo ser igual à dos seus empregados. Mas, sobre a contribuição da União (alínea IV), diz agora o seguinte:

“em quantia destinada a custear o pagamento de pessoal e as despesas de administração geral da previdência social, bem como a cobrir as insuficiências financeiras verificadas”.

A contribuição da União deixa, portanto, a partir daí (e até hoje, uma vez que ainda vigora a fórmula da LOPS), de equiparar-se à dos dois outros aportes maiores de recursos. Passando a ser definida a partir dos gastos com administração e pessoal. Como veremos mais adiante, nos anos imediatamente anteriores à promulgação da Lei Orgânica, os itens de despesa acima referidos (gastos com pessoal e administração) correspondiam a apenas 14% do orçamento. E, portanto, reduzia-se assim substancialmente a parcela de contribuição legalmente devida pelo Estado.

Quanto à *dívida* crescente da União e dos empregadores para com a Previdência, este é um tema pouco tratado pela legislação, pelo menos até 1954 (ver adiante a discussão a este respeito nas Mensagens Presidenciais ao Congresso).

Um decreto já referido, de 1945 (n. 7.835, de 6/8), que promove uma elevação no valor das aposentadorias e pensões, diz vagamente (art. 6º):

“O Ministério da Fazenda tomará desde logo as providências necessárias à liquidação do montante dos compromissos da União para com os Institutos e Caixas de Aposentadoria e Pensões, inclusive os decorrentes do presente Decreto-Lei”.

A Lei n. 1.239-A, de 20/11/50, estabelecia uma multa às empresas nos casos de atraso no recolhimento das contribuições (entre 10 e 30% do montante devido), e permitia o pagamento parcelado da dívida já existente (com multa e juros de mora de 6% ao ano, em até 48 prestações).

O Decreto Legislativo n. 9, de 24/5/54, anistia os empresários em débito com a Previdência, suspendendo os processos em curso, caso efetuassem o recolhimento das contribuições devidas no prazo de 60 dias (note-se que a dívida dos empregadores, a que se referem os dois últimos documentos citados, era correspondente, como eles deixam claro, ao não recolhimento, não apenas das contribuições das empresas, mas também dos empregados, igualmente retidas por aquelas).

Como veremos, estas poucas disposições referentes às dívidas não parecem ter surtido grande efeito, e o débito, tanto da União, quanto dos empregadores, cresce permanentemente ao longo do período.

Ocorre efetivamente, no pós-45, uma certa elevação real da receita por segurado, como se pode observar na Tabela VII e no Gráfico II. Esta elevação é seguramente devida ao aumento da taxa de contribuição (dos empregados e dos empregadores a ela acoplada) mas parte deste aumento fica retido pelas empresas como já foi referido. A contribuição da União, por sua vez, longe de ser regularizada, é formalmente diminuída no final do período, enquanto as dívidas, tanto do Estado quanto dos empregadores, não são saldadas a contento e, pelo contrário, crescem, como veremos.

Ficam assim apresentadas as principais características do modelo previdenciário nestes anos. Vimos como, enquanto, por um lado, são progressivamente adotadas medidas que vão rompendo as restrições impostas no período anterior e, conseqüentemente, implicando em elevação dos gastos; por outro lado, no plano da arrecadação, persistem os problemas crônicos, tendo como dado novo quase que só um maior sacrifício imposto aos segurados, mas que é de qualquer forma insuficiente para acompanhar a elevação dos gastos.

Do “Seguro à seguridade”: os reflexos do Plano Beveridge

No capítulo anterior apresentamos e discutimos alguns artigos produzidos no início do período ora em estudo, nos quais técnicos e dirigentes previdenciários procuravam contrapor-se às tendências à elevação dos gastos, já então bastante marcadas. Vimos ali como, frente a esta situação, procurava-se desenvolver, defender, e divulgar as teses do “seguro social”, enquanto fundamento teórico da recusa em abrir mão das medidas contencionistas dominantes no período anterior.

A revista “Industriários”, órgão oficial do IAPI, fundada em 1948, serve basicamente, durante o seu primeiro

ano de existência, como bastião destas idéias: a defesa da noção de “seguro social”, da contenção de despesas, do regime de capitalização.

Mas estas eram, à época, teses já condenadas à derrota, politicamente insustentáveis no contexto do pós-45, ao contrário dos anos anteriores. Veremos adiante como o próprio Governo Federal (gestão Dutra), contrapõe-se agora a estas idéias, e chega mesmo a pressionar os bolsões de resistência a mudanças, como ocorreu, por exemplo, com a tecnocracia do IAPI, em torno da questão da assistência médica no Instituto.

Aliás, 1948, ano de surgimento da revista, é também o ano em que, pela quarta vez, era criada uma comissão, no IAPI, encarregada de implantar a assistência médica neste Instituto. As três tentativas anteriores (1943, 1945 e 1947) haviam fracassado, sendo seus projetos arquivados e esquecidos. Mas, desta vez, há fortes pressões do Governo federal (Beltrão, 1950, fala em “expressas determinações do Exmo. Sr. Presidente da República”) e, ao cabo de dois anos de trabalho, são finalmente vencidas as resistências do último IAP a iniciar a prestação daquele serviço.¹⁶

Não nos parece que haja aqui apenas uma coincidência. Nossa impressão é, ao contrário, a de que a revista *Industriários* de 1948, com sua insistente defesa do modelo contencionista em dissolução, corresponde a uma última tentativa dos técnicos formados neste modelo em defender as idéias nas quais, afinal de contas, haviam sido preparados para acreditar, no momento em que estas teses enfrentam oposição cada vez mais generalizada. Agora não somente por parte dos segurados, mas até do próprio Governo federal.

Aliás, isto transparece com frequência nos textos citados, como pudemos observar (João Lyra Madeira, por exemplo, diz, no seu artigo apresentado mais acima, com a ironia que o caracteriza: “a finalidade dos Institutos de Aposentadorias e Pensões é simplesmente conceder aposentadorias e pensões, *afirmativa que, a esta altura, pode parecer ter sido feita para provocar risos*”).

16. É interessante observar, por sinal, a presença de Hélio Beltrão, mais tarde Ministro da Previdência, como o agente responsável por esta implantação da assistência médica no IAPI, em 1950, contra as resistências em contrário da tecnocracia do Instituto, o que assinala o seu papel, já histórico, de interventor em situações de crise.

Mas a adaptação dos técnicos aos novos tempos (e novos ventos) não demora muito, e nos anos seguintes (1949/50) o tom dos artigos de *Industriários* modifica-se sensivelmente.

Essa mudança é bastante marcada, por exemplo, no debate sobre a velha questão da *assistência médica* na Previdência Social. Vimos anteriormente que os defensores do “seguro social”, do regime de capitalização, opunham-se à prestação desta assistência (e de outros serviços, bem como dos “auxílios” de curto prazo) no interior da Previdência. Seu argumento central era o da necessidade de defender o patrimônio financeiro das Instituições previdenciárias, e, com isso, sua capacidade de arcar com os compromissos futuros nas áreas ditas mais “tradicionais” ou “específicas” da Previdência, isto é: aposentadorias e pensões.

Ora, a partir de 1949 os artigos da revista do IAPI começam a defender o ponto de vista... oposto! Ou seja: a conveniência (inclusive atuarial!) da implantação da assistência médica no Instituto. Um primeiro argumento encontrado, agora, para justificar “tecnicamente” esta mudança é o de que a Previdência dispndia muito dinheiro com benefícios por doença e invalidez e que, portanto, serviços médicos assistenciais e de recuperação podiam, não só diminuir estas despesas como, ainda mais, aumentar a receita, pelo retorno mais rápido dos segurados em benefício à situação de segurados ativos.

Este é, em síntese, o ponto de vista sobre a questão expresso agora por autores como J. Neves e F. L. Torres de Oliveira, o próprio João Lyra Madeira, Durval Rosa Borges, o Serviço Atuarial do Ministério do Trabalho, etc.

Borges (1948), por exemplo, dirá:

“Os grupos mais esclarecidos, que lidam com Seguro Social no Brasil, já compreenderam que a defesa patrimonial somente poderá ser feita através da melhoria sanitária da massa segurada, conseguida pelos serviços médicos. O gráfico que se segue (I. dos Bancários) nos mostra a recuperação conseguida nas aposentadorias concedidas através de uma assistência bem conduzida e bem equipada. Por ele vemos que a parcela mais importante como causa de invalidez e portanto de benefício se reduz, afinal de contas, à metade. Isso quer dizer que metade dos aposentados reverteu à ativa como contribuintes do Instituto e abandonaram a posição de desfalcaadores do seu patrimônio”.

O artigo do Serviço Atuarial do MTIC (1950), analisando a questão em termos mais amplos, diz:

“É bem sabido que a tendência moderna nesta questão é ampliar o âmbito dos antigos seguros sociais, para compreender nas finalidades do Estado, neste setor, não somente a Previdência “strictu sensu”, como também a assistência, a garantia do emprego, etc., numa palavra, a “seguridade social” do trabalhador. Todas as leis modernas no assunto, especialmente após a Segunda Guerra Mundial, marcam bem essa tendência de, a par da Previdência Social propriamente dita (seguro de pensões), desenvolver um amplo sistema de assistência social (prestações em natureza ou em serviços). O problema é ponderar devidamente esses dois aspectos da seguridade social e no caso de dispor (como geralmente ocorre) de recursos limitados para a execução do plano completo, qual a importância relativa que se deve dar a cada modalidade de prestações. Muitas legislações (especialmente as mais recentes) têm dado maior predominância (e com justa razão, a meu ver) às prestações de efeitos imediatos, ou seja, os seguros-doença e maternidade (subsídios) e à assistência médica, cirúrgica e hospitalar. E isso é lógico, pois para que possa o segurado gozar dos benefícios da Previdência, isto é, para que possa ser aposentado por velhice, precisa antes de mais nada de sobreviver; a condição primacial é a saúde, a qual depende em grande parte de uma boa assistência médica, cirúrgica e hospitalar. Por outro lado, essa assistência, prevenindo os riscos de invalidez e morte prematuras, alivia o encargo de seguros de pensões”.

O exemplo mais interessante desta mudança de postura dos técnicos é o dado pelo então Atuário-Chefe do IAPI, João Lyra Madeira, que, após escrever em 1948 o sarcástico artigo que já conhecemos, contra as pressões por ampliação dos gastos e do âmbito da Previdência, incluída aí a assistência médica, defende agora:

“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).

Além da assistência médica, também benefícios pecuniários de curto prazo (outra das antigas heresias) passam a ser defendidos pelos técnicos, como se pode notar no parecer do Serviço Atuarial do MTIC citado acima.

Assim como a atuária, a estatística, os modelos matemáticos de probabilidade, haviam sido o referencial teórico dos defensores do modelo contencionista dos anos 30-45, a mudança que começa a processar-se agora entre os técnicos da Previdência também tem um referencial, um pano de fundo teórico mais amplo. Embora com um caráter menos “técnico”, e mais explicitamente político-ideológico.

Trata-se da influência que exerceram, sobre nossos técnicos e dirigentes previdenciários no período em questão, as idéias de *Sir William Beveridge* e sua noção (já presente na citação acima do Serviço Atuarial do MTIC) de “*seguridade social*”. Beveridge é o autor, em 1942, de um célebre plano para reestruturação da Previdência Social na Inglaterra, ao qual ficou associado seu nome, e que corresponde a uma mudança bastante radical na concepção de Previdência vigente até então em todo o mundo.

Para entender sua influência em nossa Previdência Social no pós-guerra é necessário então nos determos um pouco em torno de suas idéias, o respectivo contexto de emergência e os canais de difusão mundial que elas encontraram à época.

De maneira semelhante ao que ocorrera ao final da I Guerra Mundial, com o Tratado de Versailles, porém de forma agora mais intensa, articulada e operacionalizada, o final da II Grande Guerra vai testemunhar também um esforço dos países capitalistas centrais no sentido de repensar a questão da “Política Social” e das atribuições do Estado nesta área.

Este movimento corresponde, na verdade, a 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 amplos setores de diversos países; enquanto o segundo estava em plena ascensão ao final do conflito. A inclusão de temas “sociais” na “Carta do Atlântico”, assinada pelos “aliados” após a guerra; o papel atribuído ao Bureau Internacional do Trabalho; e o “Plano Beveridge” são marcos deste grande projeto de hegemonia então em desenvolvimento.

A “democracia liberal” procurava demonstrar, em síntese, que, como seus interlocutores, também tinha uma proposta avançada para a satisfação das “necessidades sociais”.

Mas isto exigia uma contraposição às resistências mais marcadamente antiintervencionais, ainda presentes nesta

área. Assim como, anos antes, a partir das proposições keynesianas, se começara a romper a ortodoxia liberal no âmbito da economia, passava-se a pregar também, agora, o crescimento da intervenção do Estado na área das chamadas políticas sociais, coisa que atingiu o seu apogeu na Europa Ocidental, sob os governos social-democratas e trabalhistas que se sucederiam em vários países da região. Aspirava-se atingir o que se passou e denominar “Welfare State”, o “Estado do Bem-Estar Social”, a “abolição das necessidades”, através uma expansão dos gastos públicos nas áreas ditas “sociais”, e uma mudança na forma de encarar estes problemas.

Na questão previdenciária, as críticas com este teor passaram a orientar-se contra a organização da Previdência nos moldes neoliberais do “Seguro-Social”. A este conceito passa-se a contrapor então a idéia de “*Seguridade Social*” ou “*Segurança Social*” (de “*social security*”, em oposição a “*insurance*”, “seguro”), noção amplamente disseminada nos anos que se seguem à guerra, e incorporada mesmo, entre nós, aí, ao jargão governamental.

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:

1º) sendo um sistema onde cada um deve colaborar (ou mesmo não colaborar) “segundo a própria capacidade contributiva” e que garanta a qualquer cidadão em caso de “necessidade” um “mínimo necessário à subsistência”, um “padrão mínimo de bem-estar” (concebido não como algo absoluto e a-histórico, mas sim como devendo ser determinado concretamente para cada contexto e época);

2º) a concessão deste “mínimo” devendo ser independente dos motivos pelos quais o indivíduo em questão caiu em situação de “necessidade”;

3º) devendo, inclusive, ser independente do fato de ter ele contribuído ou não, previamente, para a Previdência.

4º) devendo a “Seguridade Social” ser mais do que um sistema de concessão de benefícios (mesmo no sentido ampliado exposto acima). Esta deveria organizar-se como uma “Política de Seguridade Social”, uma política social ampla que fornecesse, além dos benefícios pecuniários tradicionais, ações de saúde, higiene, educação, habitação, garantia de pleno emprego, redistribuição de renda, etc.

A diferença doutrinária entre as duas concepções é bastante profunda, e é explicitada pelos defensores da nova proposta. Assim, o “seguro Social” era uma prática ainda basicamente civil apenas organizada e tornada compulsória (para certos setores) pelo Estado, que era um contribuinte do sistema. Tratava-se de que cada *trabalhador* garantisse, em grande parte por seus próprios meios, a continuidade de rendimentos proporcionais a seu salário em caso de infortúnio que o afastasse da produção (“um instituto paralelo ao salário”), (Assis, 1959). Já a noção de “Seguridade Social” não parte mais dessa concepção neoliberal do Estado que quase apenas organiza e estimula as práticas civis. Parte, ao contrário, da ideologia de um Estado que teria obrigações naturais e inalienáveis para com qualquer *cidadão* e, a partir daí, prega um compromisso “moral” (Assis, 1959) da Previdência Social para com o “bem-estar” da população como um todo. Sua intenção é, muito mais amplamente do que a do “Seguro Social”, “eliminar as causas principais da miséria” (...) “abolir a necessidade” (...) “garantir a permanência de um mínimo de bem-estar à massa da população” (Laroque, 1950). E isto implicava uma intervenção ativa do Estado.

Vivia-se, portanto, no período pós-45, um clima internacional de realocação da questão previdenciária, em direção às teses da “Seguridade”.

Os efeitos deste “clima” sobre os países periféricos, entre os quais o Brasil, não iam se fazer sentir apenas espontaneamente. O Bureau Internacional do Trabalho (BIT, depois Organização Internacional do Trabalho, OIT), passou a funcionar à época como um instrumento de divulgação ativa daquelas 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.

Obviamente, como foi dito acima, 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 elas encontravam aqui, à época, um clima interno propício, e se tornavam então mais um elemento em jogo, trazendo agora uma legitimidade pretensoamente “técnica” às antigas 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 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”.

O que ocorre concretamente foi uma pressão ao *interior* do sistema de “Seguro Social”, com os segurados tentando 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 previdenciários (mesmo para não contribuintes) nem de longe foi aceita, em nenhum momento, pelo Estado brasileiro, o qual, ao contrário, continuou, ao longo de todo esse período, não cumprindo sequer seus compromissos financeiros para com a Previdência nos termos legalmente estabelecidos, como veremos adiante. 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 bene-

fícios 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.

Democracia e política social: a Previdência e o contexto do pós-45

Sem desconsiderar a influência que o novo enfoque da questão previdenciária a nível internacional teve no período entre nós, deve-se buscar, no entanto, a origem das modificações introduzidas no pós-45 essencialmente no novo contexto político interno que se inaugura com a crise e a queda do Estado Novo.

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, portanto, dadas as condições políticas “especiais” que então vigoraram: o autoritarismo e a repressão impostos ao país e, em particular, 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. 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.

No âmbito da Previdência Social, esta mudança tem reflexos bastante nítidos, como temos visto. Apesar de uma certa tentativa de reação, no início do período, por parte dos técnicos e dirigentes previdenciários defensores das teses contencionistas, estas idéias vão sendo progressivamente abandonadas pelo novo regime, que, agora, dependente 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.

Há, no entanto, matizes ao interior desta tendência geral, que distinguem os três governos que se sucedem ao longo destes 15 anos.

Dutra (1946/1950) assumirá intensamente a orientação acima referida. E faz questão de explicitá-lo, ao mesmo tempo que critica a orientação contencionista anterior e o privilegiamento das exigências da “capitalização”. Suas manifestações sobre a questão previdenciária são, assim, marcadas por um tom que contrasta fortemente com o pensamento dominante no período antecedente.

“As iniciativas de interesse social das classes seguradas, como encarei na mensagem transata, têm agora a primazia. (...)”

Facilitaram-se, de preferência, os financiamentos destinados a fomentar o bem-estar coletivo (...) Ora construindo ora ampliando hospitais, casas de saúde, sanatórios, ambulatórios, postos médicos e casas de tipo popular, as reservas da Previdência Social passaram talvez a ter melhor utilização” (Dutra, 1950).

“Os serviços propriamente ditos de assistência social emergiram mesmo da qualidade de subsidiários, a que tinham sido relegados, para se projetarem como realizações de primeiro plano da seguridade social brasileira” (Dutra, 1950).

Anunciando a elevação do teto máximo das despesas com assistência médica no IAPB, Dutra dirá, *valorizando este fato, que:*

“Inúmeras instituições já atingiram o limite máximo de despesa fixado legalmente para concessão de assistência médica e hospitalar (...) havendo mesmo instituições onde a maior parcela de despesas com benefícios coube a esse relativamente novo (!?) setor da cooperação social” (Dutra, 1950).

E, sobre a necessidade de promulgação da LOPS (em tramitação no Congresso desde 1947):

“O seguro social brasileiro, em conformidade com sua legislação não uniformizada, atingiu o ponto máximo de suas possibilidades, *impõe-se todavia ao Governo ir mais além*” (Idem).

Anunciando o início da prestação de assistência médica no IAPI (1950), fará questão de frisar que este serviço surge naquele Instituto “em consequência de estudos determinados pelo Governo”, tocando aqui na questão, já discutida, dos choques com as resistências de setores da tecnocracia às mudanças agora encampadas pelo governo federal.

Na Mensagem de 1949, Dutra aponta como positivo o fato de que, entre 1945 e 1948, as despesas da Previdência Social com o item “assistência” (serviços) elevaram-se de apenas 9 para 23% do total de gastos com assistência + benefícios. E na Mensagem de 1950 aponta como indicadores da “expansão” dos “sistemas de seguridade social”, não apenas o “aumento do círculo dos segurados e beneficiários que amparam” e a “elevação do valor médio dos benefícios em espécie que outorgam” (Tabela IX) — isto é, fatos que, embora positivos, ainda poderiam ser situados dentro da lógica da “capitalização” — mas também a “*ampliação de suas funções de seguradores*” e a “*promoção, em larga escala, de programas assistenciais*”. Valorizando, então, como saldos positivos do seu governo no exercício de 1949 nesta área, “a amplitude dos benefícios concedidos e o número de riscos cobertos pelos IAPs e CAPs”.

É nítida, portanto, como se pode observar, a ruptura com o discurso contencionista anterior. Agora, ao contrário do que sucedia antes, passaram a ser valorizadas as medidas que extrapolavam os limites estreitos impostos pela lógica do “seguro social”.

Além destas formulações mais genéricas e de caráter mais propriamente discursivo sobre a mudança de postura do Estado frente à problemática previdenciária, as Mensagens presidenciais a que nos referimos apresentam extensamente as realizações concretas dela resultantes. Dão conta, por exemplo, do intenso processo, agora em curso, de construção e compra de hospitais, ambulatórios e equipamen-

tos médicos por parte de cada um dos institutos (o IAPI a partir de 1950); da assinatura, além disso, de convênios com terceiros para o fornecimento de assistência médico-hospitalar aos segurados; informam os níveis crescentes de produção e distribuição gratuita de medicamentos; relatam a construção e a inauguração de diversos conjuntos habitacionais por parte dos diferentes Institutos em várias cidades do país; citam os montantes crescentes de empréstimos concedidos para a compra de casa própria; descrevem as atividades de ampliação e reformulação do SAPS, com a construção de “restaurantes populares”, “Postos de Subsistência”, “Granjas de Produção”, etc.

A área da assistência médica é objeto de especial atenção nas Mensagens. Fica claro, através delas, que, ao contrário do período anterior, grande ênfase é dada agora à construção e/ou compra de serviços próprios por parte dos Institutos. Inaugurar hospitais e ambulatórios próprios (ao que parece, pela promoção que se dá a estes fatos) tornara-se agora uma atividade que, nas novas condições vigentes, passava a ser estratégica em termos de ganhos políticos e eleitorais.

Assim, as Mensagens Presidenciais acima citadas informam 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 fisiologia no Distrito Federal;

— O IAPB “ampliou sua rede de sanatórios” para tuberculose, que passou a contar com um no Distrito Federal (Cardoso Fontes), 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 do Espírito 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 quatorze em São Paulo. Além disto, foram instalados serviços de “Pronto-Socorro”, “Conjunto Cirúrgico de Emergência” e “Seção de Recuperação 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.

Ou seja, quatro ou cinco hospitais próprios inaugurados e mais 4 em construção, além de dezenas de ambulatórios, por todo o país, apenas nestes dois anos. O que mostra que a orientação quanto a este problema modificara-se bastante em relação ao período anterior.

Aliás, não possuímos a informação exata sobre o número de hospitais existentes anteriormente ao início deste nosso período (1945). Mas se pode afirmar que, até 1948, não existiam mais do que 4 ou 5 hospitais próprios dos IAPs. Em 1950 eles somam 9, em 1966 (ano de criação do INPS) serão 28 e, em 1978, 32. O que faz com que se possa caracterizar o período que vai de 1945 à unificação dos Institutos

em 1966 como correspondendo a um verdadeiro “boom” de expansão do setor próprio da assistência médica previdenciária, tendo surgido aí pelo menos 3/4 dos atuais hospitais de nossa Previdência Social.

A prática de comprar serviços médicos e hospitalares a terceiros era, além disso, mantida. Agora, contudo, ao contrário do que ocorria no período anterior, essa atitude era definida 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 não permite a instalação de ambulatórios, 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 apenas os responsáveis pelo IAPI, velho bastião das tendências contencionistas, e que até recentemente 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 a opção desejável.

“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 vulto e imprevisibilidade possam colher desprevenido o indivíduo e a sua família”.

diz o trecho referente ao IAPI na Mensagem Presidencial de 50.

Tendo lhe sido imposta, a contragosto como vimos, a concessão da assistência médica aos segurados, a tecnocracia dominante no IAPI procurava assim fazer com que, pelo menos, isto não implicasse em grandes investimentos

na construção e equipamento de hospitais. A compra de serviços a terceiros é ainda vista como um fator de economia para as instituições previdenciárias.

Vive-se portanto, agora, uma situação bastante distinta daquela do período anterior, no que tange à questão da ampliação dos planos de benefícios e serviços e da liberalidade com que ambos são concedidos. E esta situação é claramente decorrente do novo contexto político subjacente, que eleva de muito o poder de barganha dos segurados.

Mas os efeitos da redemocratização do País sobre a Previdência param por aí. Ou seja, na imposição de uma série de medidas que implicam na elevação dos gastos das instituições previdenciárias. A outra vertente da questão é a de como arcar com esta elevação das despesas. E aqui não há nenhuma vitória dos segurados. Pelo contrário.

Vimos mais acima que, ao longo do período, são progressivamente elevadas as taxas de contribuição dos segurados. Até atingirem, na LOPS, os 8% do salário em vigor até recentemente. Ora, dado o critério de contribuição "tripartite", paritária, em vigor, elevar-se-iam assim, igualmente, as participações dos empregadores e da União no custeio da Previdência. Mas, na prática, isto não ocorria, uma vez que as contribuições legalmente devidas por estes últimos continuavam sendo sistematicamente sonegadas.

As medidas tomadas no período para corrigir esta situação são poucas. E levam a uma certa elevação da receita por segurado (Tabela VII e Gráfico II) que, no entanto, é insuficiente para acompanhar o crescimento dos gastos.

Ou seja, a ação reivindicatória dos segurados no período, não unitária, fragmentada por categorias, incapaz de formular um projeto global em defesa de seus interesses, consegue apenas arrancar do Estado pequenas concessões, setoriais, fragmentárias, no sentido apenas da ampliação dos benefícios e serviços.

À medida, no entanto, que as despesas se elevavam como percentagem da receita, a questão da participação estatal começa a preocupar o governo. Há o risco agora, dado o contexto político vigente e o crescimento da "crise

financeira” da Previdência, de que pelo menos o cumprimento da lei passasse a ser cobrado. Urge portanto, antes que isso ocorra... que se modifique a lei.

Assim, já no final do governo Dutra, a questão da “crise financeira” e da participação da União começa a ser insistentemente discutida.

Em sua Mensagem de 1949, Dutra dirá:

“A estrutura técnico-financeira do seguro social brasileiro, baseada, como está, em contribuições compulsórias e iguais da União, dos empregadores e dos assalariados, vem-se revelando, a pouco e pouco, precária e incerta, em virtude da *impontualidade nos recolhimentos ou mesmo pela não-satisfação dos pagamentos* correspondentes ao terço a que o Estado se obrigou.

Os Institutos e Caixas de Aposentadoria e Pensões só poderão escapar ao déficit técnico e manter equilíbrio econômico se lhes for assegurada entrega normal e regular, para conveniente aplicação, da expressiva parcela representada por essa cota anual do Governo Federal. É de vital importância, outrossim, que se fixem normas e prazos para solvência do débito acumulado, que atualmente já é de valor ponderável e não produz a menor parcela de rendimento.

O déficit referente à cota de previdência, em 31 de dezembro de 1948, atingiu, como se previra na Mensagem daquele ano, a importância superior a 2 bilhões de cruzeiros.

Urge declarar honestamente que não é mais possível se prolongue e agrave uma situação só admissível como excepcional”.

Apresenta então um quadro que sintetiza a evolução da dívida ao longo de seu governo, e que é reproduzida por nós na Tabela XI.

Pode-se notar ali que apenas no ano de 1946 é feito um certo esforço no sentido de diminuir a dívida acumulada (basicamente pela entrega de ações da Siderúrgica Nacional). Mas já no ano seguinte nada ocorre de semelhante e há apenas um pequeno repasse em 1948, fazendo com que o saldo devedor se elevasse então, dos 800 milhões de cruzeiros em fins de 1945, para 2 bilhões e 400 milhões em fins de 48.

Observe-se, comparando estes dados com os de nossa Tabela I, que a dívida da União em 1948 já corresponde a um valor igual à despesa total da Previdência no ano, e quase metade da receita efetivamente arrecadada no mesmo período.

Dutra propõe então, na mesma Mensagem, uma série de medidas (elevação do valor das “cotas de Previdência”

existentes, criação de novas cotas, criação de um “Selo da Previdência”, etc.) através dos quais a União buscaria recolher um montante maior de recursos para compor sua participação na Previdência.

A Mensagem de 1950 mostra no entanto que a dívida elevou-se agora (fim de 1949) para 3 bilhões e 500 milhões de cruzeiros (superando a despesa total no ano e correspondendo a mais da metade da receita (Tabela I).

Frente a isso o Governo Federal muda de estratégia. Coloca em segundo plano a preocupação da Mensagem anterior (encontrar formas de aumentar a arrecadação de impostos capazes de gerar fundos para compor a contribuição do Estado), e faz uma proposta surpreendente, que passará a ser repetida outras vezes daqui por diante e que, como já vimos, será finalmente incorporada pela LOPS em 1960. Qual seja, a de abolir o caráter paritário da contribuição da União, abolir a “contribuição tripartite” vigente desde 1931 e que, como ressalta a Mensagem, a Constituição de 1946 já não impunha mais (ao contrário da de 1934).

“Parece-me todavia, dentro dos quadros legais existentes, que a situação chegou a um estado de gravidade indisfarçável. Cumpre que se enfrente, na legislatura ora em início, inadiavelmente, a revisão da legislação que assentou as bases fiscais do sistema econômico-financeiro do nosso seguro social. Se mantivermos a situação atual e não providenciarmos meios eficazes de pôr um paradeiro ao desdobramento dos compromissos da União, tenderão eles a agravar-se até ao remate lógico, que será a falência de nossas instituições de Previdência.

A gravidade do problema evidencia-se pela simples análise das importâncias que representam ao término dos últimos cinco anos o descoberto das instituições:

1945	839.541.052,10
1946	261.465.060,60
1947	1.280.210.781,80
1948	2.318.630.919,60
1949	3.496.000.000,00

Não cabem mais soluções parciais, a exemplo das que o Executivo se tem visto na contingência de adotar, tais como: — determinação de entrega, aos Institutos, de partes beneficiárias da Cia. Siderúrgica Nacional (Decreto 9.264, de 1946); — entrega de imóveis para renda, transações processadas, no decorrer de 1949, com o Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Empregados em Transportes e Cargas e com o Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Bancários, nos valores respectivamente de Cr\$ 228.222.705,00 e Cr\$ 189.905.052,60.

O regime econômico do seguro social brasileiro, desde o seu início, em 1923, tem repousado no sistema de tríplex contribuição: empregado, empregador e Estado. *Nem sempre, contudo, a responsabilidade dos três contribu-*

tes foi necessariamente igual, e hoje o artigo 157, XVI, de nossa Carta Magna, que dispõe sobre as contribuições da União, empregador e empregado, em favor da maternidade e contra as conseqüências da doença, velhice, invalidez e morte, através da Previdência Social, não determina essa igualdade, nem mesmo autoriza sua inferência. Ora, não existindo preceito constitucional que imponha contribuição tripartite igualitária, e sendo comprovadamente insuficiente o produto da fonte de renda, pela legislação fiscal atribuída ao Governo para esse fim, pois que nem ao menos satisfaz à metade dos encargos de cada exercício — torna-se necessário se diminuam tão pesados, ônus do Estado e se modifiquem as condições pelas quais se processa a sua cooperação no campo da Previdência Social. Na verdade, o que se afigura desaconselhável, e até mesmo imprudente, será a agravamento do quadro geral das finanças brasileiras com a criação de outras vinculações de renda a determinados propósitos, que, embora generosos, irão a pouco e pouco solapando a utilização oportuna da própria Receita Geral, ou com iniciativas majoradoras dos benefícios ora em vigor” (Dutra, 1950).

Em síntese: concessões podem ser feitas no âmbito dos benefícios e serviços; é até importante que o sejam do ponto de vista político; mas desde que financiadas basicamente com os recursos dos próprios segurados. A farsa de que “o Estado” é um co-partícipe, em igualdade de condições com os segurados, montada por Vargas em 31, não pode mais ser mantida. Há o risco de que se a leve muito a sério, e de que se queira transformá-la em realidade. E assim, infelizmente, o jogo precisa ser aberto. Há que modificar as formalidades da lei, e acabar com a “contribuição tripartite”.

Depois de Dutra, estas questões — a “crise financeira”, a dívida da União, a necessidade de abolir a contribuição tripartite — vão assumir, progressivamente, cada vez maior importância. Substituindo cada vez mais, no discurso governamental, a preocupação com o registro de novas realizações e avanços na área da Previdência.

As Mensagens ao Congresso, de Vargas, ainda noticiam, embora menos do que as de Dutra, novas realizações e progressos. Mas a partir de 1955 estes temas desaparecem, deixando lugar, quase que tão-somente, à discussão da “crise” e mesmo a propostas de contenção de despesas e de reformulação de cunho novamente contencionista.

Café Filho, por exemplo, será radical neste sentido. Talvez a situação de excepcionalidade em que, por pouco tempo, dirige o país, o deixasse menos diretamente preso a compromissos políticos e, por isso, sua crítica à situação vigente na Previdência assume mesmo um tom que se cho-

ca frontalmente com as condições que o pós-45 impusera: a necessidade de negociar, barganhar, incorporar pressões, enfim, “fazer política” com a Previdência Social.

Assim, dirá ele:

“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 contraprestação 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” (Café Fº, 1955).

Ou seja: retorna aqui o tom tecnocrático dominante no pré-45, a aspiração de conduzir uma questão fundamentalmente política como a da Previdência Social sem “influências político-partidárias...”

Mais adiante, prossegue a Mensagem:

“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.

Ordenou a imediata paralisação dos planos de aplicação de capitais, para indispensável reexame e reajustamento à orientação administrativa do Governo.

Determinou a incrementação da cobrança das dívidas hipotecárias dos empregados, 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”.

(...)

Em decorrência do programa de recuperação econômico-financeiro 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.

Getúlio e Juscelino não podem ser tão incisivos, mas também neles a preocupação com a “crise financeira”, a diminuição dos gastos e a participação da União ocupará uma posição central.

Há aqui, no entanto, algo interessante. Ao contrário da crueza com que o governo provisório de Café Filho trata a questão, é necessário abordá-la de maneira mais elaborada. É necessário dar uma roupagem ideológica mais sofisticada ao problema. E isto será feito pela sua articulação a um tema-chave do arsenal ideológico dos anos 50: a noção de “desenvolvimento”, de progresso”.

Ou seja, a idéia de que é preciso conter despesas e diminuir a participação da União na Previdência Social, passa a ter como argumento agora: em primeiro lugar, o fato de que os gastos estatais nas áreas “sociais” de maneira geral (e entre elas a Previdência) não deveriam pôr em risco os investimentos necessários ao “desenvolvimento”, entendendo-se como tal o processo de industrialização acelerada, a “nova etapa do processo de substituição de importações” que os dois governos da década procuraram promover, embora por vias diferentes (nacional × internacionalizada) (Singer, 1976).

Por outro lado (numa reação ao espírito “beveridgiano” dominante no imediato pós-guerra) argumenta-se que os gastos com políticas sociais não passavam de algo meramente paliativo e demagógico para o enfrentamento das “necessidades sociais”. Somente o “desenvolvimento” — dizia-se agora, numa espécie de antecipação de nossa conhecida “teoria do bolo” — é que viabilizará, num futuro remoto, pelo qual se deve esperar pacientemente, a solução de problemas desta ordem.

Assim, na Mensagem ao Congresso de 1951, por exemplo, Vargas, sem negar propriamente a importância das ações de cunho assistencial, as situa no entanto como tendo um papel secundário em relação às “fundamentais medidas econômicas de ordem geral”.

E repete a proposta de Dutra, no sentido de diminuir a participação do Estado no orçamento da Previdência (operacionalizando mais a proposição, sua idéia é a de que esta participação “se deverá limitar ao plano básico de benefícios”).

Na Mensagem de 52, ele dirá:

“As verbas aplicadas no trabalho de saúde não devem ameaçar as disponibilidades destinadas a uma aplicação de maior prioridade” (Vargas, 1952).

E, em 1953:

“A política de assistência social que o Governo vem realizando tem evoluído no sentido de tornar-se cada vez mais um fator de aceleração do progresso econômico e social do país.

Tal política *não se tem afirmado apenas pelas medidas diretas de auxílio e amparo* ao trabalhador, ao homem do campo ou às famílias numerosas, mas também por medidas outras, cujos benefícios indiretamente recairão sobre os menos favorecidos da fortuna.

Assim é que o *Governo tem desestimulado aplicações* dos recursos financeiros em obras assistenciais, de efeito meramente demagógico, visando com tal orientação a vincular qualquer de suas iniciativas, no setor em apreço, ao propósito precípua de valorizar social e economicamente a grande massa de trabalhadores”.

Mais adiante (tendo como interlocutores, claramente, os *beveridgianos*):

“O bem-estar social não é coisa física de que disponha fartamente o Governo para distribuir ao povo. Resulta dos esforços conjuntos de particulares e de órgãos das várias esferas governamentais, no sentido de promover o desenvolvimento econômico e social do país”. (...)

E prossegue:

“O meu Governo não se furta ao imperativo humano de, nos limites das possibilidades do Tesouro, custear a realização de programas que, diretamente e a curto prazo, diminuam os efeitos dos desajustamentos sociais, peculiares à fase de desenvolvimento em que se encontra o país.

Todavia, cumpre realizar um esforço objetivando não só a coordenação dos recursos assistenciais, como *a sua vinculação ao processo de desenvolvimento da economia nacional*”. (...)

Sobre o programa habitacional da Previdência, a posição é novamente antiassistencialista:

“É mister que se procurem os remédios, para a carência de moradia no próprio ambiente rural, pois quanto mais as instituições de previdência ou as caixas econômicas construam ou financiem edificações nas grandes cidades, tanto mais atrativos serão oferecidos às massas que emigram dos campos”.

Neste contexto, ressurgem as preocupações e a temática do pré-45 (“bases atuariais sólidas” para a Previdência Social, “rentabilidade dos investimentos”, “solidez financeira do sistema”, etc.):

“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).

Em Juscelino as mesmas preocupações estão presentes. Nem ao menos em um discurso proferido durante uma solenidade sindical ele deixa de repetir a idéia de que a solução dos problemas sociais está no “desenvolvimento”, muito mais do que nas políticas sociais. “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 (Kubitschek, 25/10/56).

Em suas Mensagens ao Congresso na abertura dos anos legislativos, desaparece qualquer referência (que ainda se faziam presentes nas Mensagens de Vargas) a novas realizações no campo da Previdência Social. Ao contrário, a preocupação agora é com a “severa fiscalização dos gastos realizados por essas instituições”, com a questão das dívidas, e com a eliminação da contribuição paritária da União. No tocante às dívidas, Juscelino aponta dados interessantes. Assim, ficamos sabendo que, no exercício de 1956, a arrecadação prevista a partir das três fontes principais de contribuição só foi

“realizada em cerca de 60%, tendo em vista o recolhimento apenas parcial das contribuições da União (cerca de 15% do total devido) e das empresas, inclusive segurados (cerca de 65% do total devido)” (Kubitschek, 1957).

No mesmo ano, o total do débito acumulado pela União já alcançava aproximadamente 30 bilhões de cruzeiros. E o das empresas 11,5 bilhões (incluindo suas próprias contribuições e as que retinham dos empregados). Para se ter uma idéia do significado destes valores, note-se que só a dívida da União correspondia a 1,2 vezes a despesa do conjunto das instituições previdenciárias no mesmo exercício, (igual a 25 bilhões. Tabela I) e a dívida dos empregadores quase à metade da mesma despesa.

Nota-se assim que, desde 1948 (quando, como vimos, a dívida da União era igual à despesa total no ano), a dívida crescera ainda mais rapidamente do que as despesas.

No ano seguinte a situação permanece a mesma.

“Do global (da arrecadação prevista) só cerca de 60% foram realizados efetivamente” (Kubitschek, *Mensagem...*, 1958).

Como em Dutra e como em Vargas, a solução proposta para o problema da dívida crônica da União é a eliminação da contribuição paritária desta. Mais radicalmente do que em Vargas no entanto (que propusera, como vimos, restringir a participação do Estado “ao plano básico de benefícios”) a idéia agora era a de que passasse a caber à União apenas a cobertura das despesas com *administração*. (Kubitschek, 1957 e 1958).

Segundo o primeiro dos textos citados, estas despesas tinham correspondido, em 1956, a cerca de 20% da despesa total (o que equivale a menos de 14% da receita — ver Tabela I — e, portanto, a uma redução substancial nos encargos do Estado para com a Previdência).

A Mensagem de 1958 mostra ainda que a escolha deste critério respondia a motivações bastante pragmáticas. Ocorre que o montante dos gastos com administração correspondia também, aproximadamente, ao que vinha sendo *efetivamente* pago pela União nos últimos tempos, como parte de sua cota total.

“As despesas de administração correram, assim, praticamente à conta da contribuição do Governo federal — o que corresponderia à solução proposta pelo Governo no projeto de reforma de estrutura administrativa da Previdência Social a que já aludimos”.

Ou seja, tratava-se simplesmente, como dizíamos acima, de tornar de direito uma situação de fato.

Como já vimos, a LOPS, promulgada ao final do governo JK, incorporará esta proposta, nestes mesmos termos. E é este o critério até hoje vigente para definir a participação do Estado no custeio da Previdência Social Brasileira.

Diferentemente dos seus antecessores, Juscelino pouco tratou das questões “sociais” nas suas Mensagens ao Con-

gresso. (Kubitschek, 1956, 1957 e 1958). No que tange à Previdência, a tônica economicista do seu discurso orientava-se principalmente para o tema da limitação da participação governamental na receita previdenciária (idem), reservando-se os recursos estatais para a implementação da infraestrutura do projeto desenvolvimentista-associado, que caracterizou seu governo.

O esgotamento do modelo populista de relação entre o Estado e os trabalhadores vai-se acentuando na medida em que as possibilidades de incorporar as demandas trabalhistas, cooptando setores da classe operária, tornam-se cada vez mais reduzidas. Isto decorre, por um lado, da crescente politização dos trabalhadores e do fortalecimento de um projeto nacional desenvolvimentista, em franca oposição ao desenvolvimento associado ao capital estrangeiro que vinha sendo implementado desde Juscelino. Por outro lado, a opção por este último modelo de desenvolvimento econômico limitava concretamente as possibilidades de acionar os mecanismos típicos do populismo.

Desta forma, às medidas sociais promulgadas no final do período não corresponderam as bases concretas que garantissem sua efetivação. Assim ocorreu com a *uniformização* dos benefícios “alcançados” com a LOPS, bem como com a *extensão* da Previdência Social aos trabalhadores rurais, através do Estatuto do Trabalhador Rural (Lei 4.214 de 2/3/1963) no governo João Goulart.

Este movimento contraditório de esgotamento do populismo acirrava crescentemente o impasse entre as necessidades políticas de atendimento das demandas colocadas pelos trabalhadores, e a impossibilidade de contemplá-las nos marcos do modelo de acumulação capitalista adotado.

Estas foram as condições que antecederam o golpe militar de 1964, que estabelece uma ruptura com os governos democráticos que vimos tratando neste período. Martins (1977) descreve assim esta situação:

“Levando em conta as análises já feitas sobre a crise dos primeiros anos da década de 60, e sem querer reproduzi-las aqui em todos os seus detalhes, creio que o fulcro da problemática política instaurada naquele período e resolvido em 1964 pode ser resumida nos seguintes termos: um novo padrão de acumulação, contraditório com o modelo de crescimento econô-

mico então em vigor, instalara-se nailharga do sistema econômico e passara a cobrar os seus direitos de cidadania política, com tal insistência que já não era mais possível ao Estado e aos demais interessados na questão continuar protelando, às custas de sucessivos compromissos e das mais disparatadas acomodações, a decisão fundamental a ser tomada quanto a quem confiar o desempenho do papel hegemônico no interior do bloco no poder: se à coalizão nacional populista, via implementação das reformas de base e radicalização da luta antiimperialista; ou à coalizão internacional-modernizadora, via golpe de Estado e destruição do aparato nacional-populista”.

Apesar de não ter havido uma situação de crise revolucionária, por falta de um projeto de mudança estrutural, assumido pelo proletariado, e aglutinador de outras camadas e classes sociais, como as classes médias, e a incipiente burguesia nacional, houve uma situação

“*potencialmente* pré-revolucionária, devido à grande desagregação; desarticulação e desorientação da própria dominação burguesa, exposta a um constante processo de erosão intestinal” (Fernandes, 1975).

O golpe militar de 1964, apoiado pelas classes médias urbanas, representou uma rearticulação da burguesia em torno do restabelecimento do padrão de dominação burguesa, incluindo, sem exceção, todas as classes proprietárias — da indústria, comércio e finanças, progressistas e reacionárias, da pequena e média empresa ao monopólio, do capital nacional às multinacionais. É da natureza desta coalização que decorrem as características do regime instalado, que são o autoritarismo, com o fechamento de todos os canais de participação aos trabalhadores, e a suposta depuração nas instituições existentes do seu caráter político, em nome de uma racionalidade técnica e administrativa.

Assim é que entre 1964 e 1970 foram feitas 483 intervenções do Ministério do Trabalho em Sindicatos, 49 intervenções em Federações e 4 em Confederações (Camargo et alii, 1975).

É neste contexto que se verifica a fusão dos IAPs, (excluindo-se o IPASE), através do Decreto 72, de 21/11/66, que cria o INPS. Neste decreto já existem mudanças marcantes no sistema de representação dos trabalhadores na Previdência, passando o número de representantes do governo a ser majoritário em todos os órgãos colegiados.

No entanto, mantinha-se a representação dos trabalhadores e empregadores, minoritárias. Alguns dirigentes previdenciários propunham a extinção desta representação, nestes termos:

“A Previdência Social é uma organização estatal para cumprir uma função do 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 delas” (Torres de Oliveira, 1958).

Se neste momento não foi possível afastar os trabalhadores da gestão da Previdência, em outro momento (1970) esta medida vai ser tomada.

O discurso institucional predominante neste período é o da racionalidade, eficácia e saneamento financeiro:

“Desconhecem, por exemplo, os opositores da unificação, que a reunião da previdência social brasileira no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) era um imperativo de ordem econômica e administrativa inelutável”.

(...)

“No caso específico do seguro social brasileiro, o seu fracionamento em seis entidades seguradoras representava fator de enfraquecimento econômico de algumas delas, devido à pequena massa de segurados que em alguns casos apresentavam. Ora, o INPS, reunindo todas as categorias profissionais numa única segurada tem, por isso mesmo, uma maior capacidade de resistência técnica e financeira, do que cada uma das entidades que absorveu” (Godim, 1967).

Uma outra justificativa sempre apresentada dizia respeito à assistência médica, direito assegurado pelo LOPS, mas mal cumprido, gerando um grau elevado de insatisfação entre os segurados, e que, alegava-se, poderia ser viabilizada a partir da centralização dos recursos existentes.

O saldo deste período é então o seguinte: uniformização da legislação sobre contribuições e benefícios, centralização em um único Instituto, com a correspondente perda dos direitos dos trabalhadores de gerirem a instituição e de definirem a política previdenciária.

Por outro lado, permanecem excluídos do INPS muitos trabalhadores — o projeto de Goulart, de 1963, beneficiando os trabalhadores rurais não é posto em prática por falta de recursos — e aqueles que são beneficiados por ele continuam a ser sua fonte primordial de financiamento. A

crise financeira aprofunda-se, apresentando déficits orçamentários, por volta de 1964, de Cr\$ 29,3 milhões (Silva e Mahar, 1974).

Com relação à política de assistência médica, houve um crescimento significativo dos serviços médicos próprios da Previdência e dos gastos com assistência médica em geral, agora centralizados no INPS, mas persistia uma demanda elevada, não sendo bem atendida, agravada com o fato deste direito ter sido estendido a todos os segurados. Este setor continua a conviver com o setor conveniado e contratado também em expansão.

PARTE II

1966-1983

**AUTORITARISMO
E PRIVATIZAÇÃO
DA ASSISTÊNCIA MÉDICA —
ACIRRAMENTO
DA CRISE PREVIDENCIÁRIA**

CAPÍTULO 4

Implantação do modelo de privilegiamento do produto privado (1966-1973)

Duas características destacam-se como fundamentais para entendermos a conjuntura na qual se dá a unificação na Previdência Social: o crescente papel do Estado como regulador da sociedade e o alijamento dos trabalhadores do jogo político, configurando-se uma política de arrocho salarial decorrente do modelo de acumulação adotado.

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 (O'Donnel, 1976), 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 mostra-se incapaz de se auto-regular dentro dos marcos institucionais, com hegemonia de um setor responsável pela obtenção do consenso a nível das classes dominantes, e 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 hegemônico e ainda as ficções no seio da coalização dominante.

Para desempenhar estas novas funções “a política econômica, e tanto quanto ela, a reforma da administração e do aparelho do Estado potenciaram as forças produtivas do *capitalismo* contemporâneo” (Cardoso, 1977). O processo de unificação das instituições previdenciárias através da criação do INPS insere-se nesta perspectiva de modernização da máquina estatal, aumentando seu poder regulatório sobre a sociedade além de, obviamente, ter representado um esforço de “desmobilização das forças políticas estimuladas no período populista, para excluir a classe trabalhadora organizada como uma força política, e para diminuir seu papel como mecanismo articulador e de pressão na defesa dos interesses dos trabalhadores” (Malloy, 1976).

Trata-se, portanto, de uma reorientação das relações entre Estado e sociedade em geral e especificamente da relação entre Estado e classes trabalhadoras.

A progressiva eliminação da gestão tripartite (União, empregadores e empregados) das instituições previdenciárias no período que se inicia em 1966 e termina com sua exclusão em 1970 só pode ser entendida como parte de um pro-

jeto mais amplo, de reorganização das relações Estado/trabalhadores, caracterizado pelo afastamento destes últimos dos processos decisórios.

Se, em primeiro momento, o fechamento dos canais tradicionais de participação da sociedade civil vai atingir também a classe dominante, configurando-se um período de cesarismo (Portelli, 1974), a estratégia político-econômica assumida pelo Estado atende prontamente aos interesses destas classes. Resta às últimas a criação de canais informais de participação no processo decisório.

O rompimento com um modelo populista, mobilizador da participação política das massas, pelo regime implantado em 1964, não representa no entanto uma alteração da tendência já consolidada no período anterior de incremento na política assistencialista da Previdência Social.

Pelo contrário, a continuidade da tendência assistencialista e até mesmo sua ampliação qualitativa indicam que o recurso característico do populismo de transferir pressões econômicas para a esfera estatal, através das concessões em termos de política social como mecanismo de suavização das tensões sociais e almejando alcançar legitimidade para o regime; não só não foi abandonado como recebeu ênfase e destaque nos regimes autoritários instaurados depois do golpe militar.

O processo de rápida urbanização que foi deflagrado a partir dos anos 50 com o surto industrial teve como consequência a criação de expectativas de consumo próprias do modo de vida citadino, acrescido da deteriorização das condições de vida urbana, criando necessidades de consumo de bens como assistência médica que não poderiam ser satisfeitas no mercado, dado o baixo poder aquisitivo dos salários.

A uniformização dos benefícios através da LOPS, longe de resolver esta situação, acentuou-a, gerando maior conflito pela não satisfação das necessidades, promovidas a direito do trabalhador mas não asseguradas na prática.

A crise da Previdência não era predominantemente legislativa (Donnangelo, 1975) que pudesse ser resolvida pela LOPS, mas de carência de recursos para atender à demanda dos segurados.

Como vimos apontando, a LOPS expressava a natureza contraditória de sua formulação, se confrontada sua tendência abrangente enquanto concessão de benefícios com a estreiteza do regime de capitalização, cujo suporte básico é a contribuição dos segurados, no qual as instituições previdenciárias estavam baseadas.

A partir de 1967 esta contradição é parcialmente resolvida, atribuindo-se a função de capitalização a novos mecanismos de poupança compulsória criados então como o Fundo de Garantia de Tempo de Serviço (FGTS), posteriormente acrescido com o Programa de Integração Social (PIS) e o Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público (PASEP) em 1970.

Assim, ao setor tradicional de previdência, agora unificado, centralizado e identificado com o aparato Estatal, caberia uma função assistencial e redistributivista, se bem que esta redistribuição seja limitada ao contingente dos trabalhadores que como vimos constituem o esteio de sustentação do orçamento da Previdência.

A percepção da importância de uma política social ampla é demonstrada em declaração do Diretor da Federação das Indústrias do Estado da Guanabara, Sr. Alfredo D'Avila:

“Se a unificação fracassasse, não seria só um desastre como uma catástrofe, pois toda essa massa que depende de seus benefícios, de suas pensões, de sua assistência, seria frustrada gerando uma insatisfação nacional. Por outro lado, para a classe empresarial a repercussão dessa insatisfação traria graves conseqüências pela incapacidade mesma das empresas em arcarem com aqueles benefícios que a previdência assume. A harmonia social se quebraria e todo o processo econômico sofreria, com sérios prejuízos para a Nação” (D'Avila *apud* Donnangelo, 1975).

Em resumo, podemos afirmar que as conquistas dos trabalhadores em outros momentos políticos já haviam sido incorporadas de tal forma à sua condição de cidadania que era impossível voltar atrás neste assunto. Pelo contrário a estratégia estatal, apoiada pelas classes empresariais, vê na manutenção e ampliação destes direitos a possibilidade de obtenção da harmonia social em um contexto altamente desfavorável para os trabalhadores, impossibilitados de organização e participação política e sobretudo os princi-

país prejudicados pelo selvagem processo de acumulação em curso.

Assim é que, “despolitizada” a Previdência Social, o Estado passa a absorver as pressões por uma efetiva cobertura daqueles trabalhadores já beneficiados pela LOPS, e ainda mais, ampliando cada vez mais a cobertura previdenciária.

Esta tendência a uma universalização da cobertura, nos moldes propostos pela seguridade social, vai sendo consolidada ano a ano através de medidas como:

Em 1967, com a integração ao INPS dos seguros relativos a acidentes de trabalho.

Em 1971, com a criação do PRORURAL são destinados fundos específicos para manutenção do FUNRURAL, estendendo efetivamente a Previdência Social aos trabalhadores rurais.

Em 1972 (Lei 5.859 de 11 de dezembro de 1972), estende-se às empregadas domésticas os benefícios previdenciários.

Em 1973 (Lei 5.850 de 8 de junho de 1973) estende aos trabalhadores autônomos os benefícios previdenciários.

Desta forma, excetuando-se os trabalhadores do mercado informal de trabalho, todos os demais trabalhadores urbanos passam a ser cobertos pela Previdência Social.

Com relação à política de assistência médica assistimos neste período o mesmo movimento de ampliação da cobertura que pode ser melhor expresso por meio deste pronunciamento oficial sobre Política Nacional de Saúde na VI Conferência Nacional de Saúde:

“No que se refere à obrigatoriedade da prestação de serviços de saúde somente aos trabalhadores acham-se assegurados tais tipos de prestação (artigo 165-XV). Há no entanto notável grau de consenso na comunidade nacional e por parte de órgãos internacionais de saúde, dos quais o Brasil é participante, de que, embora não se constituindo a Saúde propriamente num direito natural, há por razões sociais e econômicas alto interesse em que o Estado estenda serviços essenciais de saúde, dentro de suas possibilidades, a toda a população” (Azevedo, 1977).

O que sobressai desta declaração é a elevação a direito “consensual” ou “quase que natural” da concessão de as-

sistência médica. Assim é que, no que diz respeito à assistência médica, sua ampliação foi maior ainda que a cobertura para os demais benefícios, abrangendo a partir de 1974, como veremos, mesmo aqueles trabalhadores não segurados, integrantes do mercado informal de trabalho. Se observarmos o que ocorre em termos de gastos do INPS veremos que “os gastos com assistência médica cresceram muito mais que os de previdência entre 1965/1969: 158% contra 70%” (Braga, 1978).

Extraíndo da Tabela “Evolução Financeira do Setor de Previdência Social “Tradicional””, apresentada anteriormente, as colunas relativas à participação da Assistência Médica em Porcentagem das Contribuições e das Despesas Totais, teremos os seguintes dados:

Anos	% Assist. Médica sobre Receita de Contribuições *	% Assist. Médica sobre Despesas Totais *
1947	3.6	6.5
1959	18.9	13.6
1960	18.6	14.5
1961	16.0	13.2
1962	17.0	13.8
1963	19.7	15.2
1964	21.9	17.3
1965	26.0	19.1
1966	....	....
1967	30.3	24.5
1968	27.1	18.2
1969	34.2	23.7
1970	36.9	24.4
1971	34.5	23.9
1972	32.0	24.0

* excluindo o IPASE

Dados adicionais indicam que esta tendência se mantém crescente durante todo o período sendo que entre 1967 e 1970 os gastos do INPS com assistência médica crescem em 95,3%. Nos anos que se seguem aumenta cada vez mais a porcentagem representada pela assistência médica no total das despesas do INPS atingindo em 1976 o teto de 31,3%, sendo necessário a fixação de um limite máximo, frequentemente ultrapassado, para não colocar em risco todo o sistema.

A primeira característica marcante deste período é portanto a extensão da cobertura previdenciária de forma a abranger a quase totalidade da população urbana e ainda parte da população rural. A política de concessão de assistência é assumida como um direito "consensual".

A ênfase na Medicina Previdenciária, de cunho individual e assistencialista, foi acompanhada por um franco menosprezo pelas medidas de saúde coletiva tanto as tradicionalmente executadas pelo Ministério da Saúde quanto as inovações propostas pelos sanitaristas identificados com o projeto nacional desenvolvimentista que surgiu no período anterior, como uma alternativa para a política nacional de saúde. Prova mais evidente do descaso com a saúde coletiva é o decréscimo do orçamento do Ministério da Saúde neste período (Buss, Shirawa, Maranhão, 1976), vindo a ter um ligeiro aumento a partir de 1974.

Diferentemente das ações médicas da medicina previdenciária, as medidas de saúde pública voltam-se para o atendimento de necessidades coletivas que, dado seu alto custo e a sua baixa lucratividade, têm sido em todos os países uma atribuição específica do Estado.

Muito embora o Decreto-Lei 200 de fevereiro de 1967 atribua ao Ministério da Saúde a competência para formular a Política Nacional de Saúde, disposição mantida durante todo este período, além de subordinar a assistência médica previdenciária à política Nacional de Saúde — dispositivo revogado em 1974 (Lei 6.118) — estas atribuições não puderam passar da letra da lei visto que esta atribuição conflitua com o orçamento precário e decadente do Ministério da Saúde. A definição formal de competência não foi acompanhada de nenhum mecanismo operacional necessário à realização das disposições legais.

As pomposas atribuições do Ministério da Saúde, como formulador da Política, não se fazem acompanhar de um reforço ao seu precário orçamento e nem possibilitam qualquer controle da sua parte sobre os recursos destinados ao setor saúde, o que na prática implica que esta formulação de política se reduza à aprovação de um documento relativamente inócuo.

A análise das instituições do setor saúde mostra que o Ministério da Saúde seria o *locus* privilegiado de implementação da hegemonia do projeto nacional-desenvolvimentista, correspondendo a sua perda de poder à derrocada deste projeto enquanto alternativa para uma Política Nacional de Saúde.

A segunda característica deste período é então a orientação da política nacional de saúde para o privilegiamento da prática médica curativa, individual, assistencialista e especializada, em detrimento de medidas de saúde pública, de caráter preventivo e de interesse coletivo.

É importante ressaltar, no entanto, que a ênfase nesta modalidade de prática médica, que vai ser exercida a partir da Previdência Social, não correspondeu em nenhum momento a uma alteração da posição do Estado em relação ao financiamento da função saúde.

Como vimos até aqui, a participação da União no sistema financeiro da Previdência não só fora reduzida apenas aos gastos com a administração, como na prática quase nunca foi realizada integralmente.

Analizados os gastos com saúde como porcentagem dos gastos totais da União, vê-se um acentuado declínio passando de 3,42% em 1963 para 1,07% em 1973 (Santos, 1979).

As características da Previdência e da Política de Assistência Médica descritas até aqui apenas encaminham-nos para nosso objeto privilegiado deste estudo, qual seja o papel que o Estado vai exercer na organização da assistência médica, através do controle da instituição previdenciária.

A política de privilegiamento da assistência médica previdenciária, com as características que lhe são peculiares de prática curativa, individual, assistencial, especializada, etc., já nos são suficientes para indicar na direção de uma articulação do Estado com os interesses do capital internacional que se expande entre nós na indústria farmacêutica e de equipamentos hospitalares.

O ato médico, sendo o lugar de realização das mercadorias produzidas nestes setores, assume importância fundamental na ótica da acumulação de capital, sendo que a

prática médica curativa e o hospital são, por excelência, os mais adequados ao ciclo do capital-medicamentos e capital-equipamentos.

A garantia de um mercado institucional através dos segurados da Previdência, que de outra forma não logriam consumir estas mercadorias, não é de forma alguma desprezível para o capital internacional, posto que em 1973 o Brasil já ocupava o 8º lugar no mercado internacional em consumo de medicamentos (Cordeiro, 1978). A criação da CEME — Central de Medicamentos (Decreto n. 68.806 de 25 de junho de 1971) incentivando a ampliação do poder competitivo dos laboratórios nacionais não criou, no entanto, condições de igualdade de competição frente às poderosas multinacionais, já que sua função de distribuição de remédios fica limitada à rede oficial.

A Indústria de Equipamentos Médicos também tem sido beneficiada pela política nacional de saúde, sendo que entre 1961 e 1970 assistimos a um crescimento de 599,9% na importação destes produtos (Braga, 1978).

A criação do INPS, assumindo o Estado a sua gestão, propiciou a implementação de uma política de saúde que, atendendo aos interesses do capital internacional, possibilitou o desenvolvimento de um complexo médico-industrial.

Isto posto, podemos resumir a terceira característica deste período: a intervenção estatal na área de saúde, optando pela prática médica curativa e individual veiculada por intermédio da Previdência Social, propiciou a criação de um complexo-médico-industrial, responsável pelas elevadas taxas de acumulação do capital das grandes empresas monopolistas internacionais na área de produção de medicamentos e de equipamentos médicos.

A ênfase atribuída à assistência médica previdenciária correspondeu, como era de se esperar, a um aumento em termos quantitativos e qualitativos, implicando no delineamento de um padrão de organização dos serviços médicos na Previdência em muitos aspectos diferente daquele que havia sido implantado nas conjunturas que antecederam este período.

Como já vimos, até 1964 a assistência médica previdenciária era fornecida basicamente pelos serviços próprios dos Institutos. As formas de compras 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.

A rede de serviços próprios (dos IAPs) compunha-se de vinte e dois hospitais em atividade, cinco em construção, quinhentos e cinco ambulatórios e vinte e oito consultórios médicos. Esta rede, embora modesta, deveria atender, em 1964, a 22% da população total brasileira (Donnangelo, 1975). Já tivemos oportunidade de comentar que, depois da uniformização dos direitos pela LOPS em 1960, a situação da assistência médica evidencia a cada ano a sua precariedade.

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.

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 — As 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” (Amaral Vieira, 1975).

Esta orientação geral é expressa também no Decreto-Lei sobre a Reforma Administrativa, de 1968 (Decreto-Lei n. 200) que vai promover a sua implementação definindo para cada Ministério a política em 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” (MTPS, 1973), 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” (Donnangelo, 1975).

No entanto, esta submissão do setor privado à Previdência não vem prejudicar a expansão do primeiro. Pelo contrário, favorece-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 Donnangelo (1975):

“...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”.

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”.

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, 1977), recoloca esta questão de forma muito próxima à que vimos demonstrando no âmbito da Previdência Social:

“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 *feudalização* do aparelho do Estado e as pseudo-soluções que mais exacerbam do que solucionam todas essas tendências — que sugerimos que a verdadeira questão a debater não é a da ‘estabilização’ da economia mas, ao contrário, a da ‘privatização’ do Estado”.

A expressão mais completa e acabada dos interesses dos produtores privados e do papel que a iniciativa privada reservava ao Estado aparece em 1968 sob a designação de Plano Nacional de Saúde — PNS.

Atribuindo ao Poder Público a atenção à saúde necessária à melhoria da produtividade e bem-estar da população determina que as atividades de assistência médica devem ser de natureza primordialmente privada “sem prejuízo do estímulo, coordenação e custeio parcial do poder público” (*Apud* Luz, 1979).

Este plano, ademais de privatizante, é defensor da prática médica liberal: propõe o regime de livre escolha do médico pelo cliente, sendo os honorários médicos pagos parcialmente pelo Estado através dos recursos previdenciários e parcialmente pelo cliente que “exerceu o direito” de escolha. Ou seja, o cliente paga duas vezes.

Para Donnangelo (1975):

“O plano consistia, portanto, numa redefinição da posição do Estado. Além de declinar, definitivamente, de sua condição de produtor real ou potencial (dos serviços de saúde) atenuava de maneira considerável a sua condição de ‘regulador de preços’ e praticamente eliminava a sua interferência direta na organização e direção dos serviços. Reservava-se o papel de financiador, ao mesmo tempo que procurava estimular a ampliação da compra direta de serviços em um mercado livre”.

Este plano encontrou resistências diversas em primeiro lugar porque colocava em risco a possibilidade de expansão da cobertura, desejada como relação necessária entre Estado e trabalhadores. Em segundo lugar, as suas características privatizantes exacerbadas, prevendo inclusive a transferência do setor médico próprio para mãos da iniciativa privada, entravam claramente em choque com os técnicos defensores da manutenção e ampliação dos serviços próprios. O setor público, como vimos, foi consolidado na Previdência Social em uma outra conjuntura política, sendo senão a única forma de prestação de assistência médica, pelo menos a principal. Ora, se na conjuntura atual esta forma perde a sua hegemonia no interior do Complexo Previdenciário, os interesses já consolidados anteriormente encontram porta-vozes entre o próprio corpo técnico da Previdência Social.

Além destas oposições, o Plano recebeu críticas também pela sua defesa da medicina liberal, aquela do consultório médico privado e individual, porque este padrão de medicina artesanal já se encontrava com os dias contados.

O desenvolvimento tecnológico na área da saúde, com a crescente especialização da medicina, passou a exigir altos investimentos de capital, além de uma forma de cooperação no processo de trabalho médico, inviabilizando a prática médica liberal nas suas formas tradicionais. A produção dos serviços de saúde vai, em todos os países, encontrar novas formas de organização. Quer através da socialização da produção destes serviços, quer pelo seu empresariamento em moldes capitalistas, ou em formas de associação entre Estado e empresariado, certo é que a produção liberal vai sendo suplantada. Em qualquer delas, o assalariamento do médico é uma tendência irrevogável.

Em resumo, menos por ser “privatizante” que por ser “liberalizante” e, ademais, exigir maior participação do Estado no equilíbrio dos recursos financeiros a serem manipulados, o certo é que o PNS fracassa depois de ter sido implantado experimentalmente em algumas localidades.

A oposição à privatização que mencionamos 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 n. 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. Embora não tendo logrado efeitos concretos, 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 quarta característica que queremos apontar é que a interferência estatal na Previdência Social, através da atuação do Estado como regulador do mercado de produção e consumo dos serviços de saúde, e como resposta às pressões

dos consumidores, dos técnicos e dos empresários, desenvolveu um padrão de organização da prática médica orientado em termos da lucratividade do setor saúde propiciando a capitalização da medicina e privilegiamento do produtor privado destes serviços.

Diversas medidas e instrumentos foram criados e outros acionados para a concretização desta política.

Os principais instrumentos que passaremos a analisar são:

1) O financiamento a hospitais privados; 2) Credenciamento para compra de serviços; 3) Convênios com empresas.

O financiamento a hospitais

O Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social — FAS — foi criado pela Lei n. 6.168, de 9 de dezembro de 1974, representando um dos mais importantes instrumentos de ação estratégica do Estado na área social. Trata-se aqui da utilização dos recursos do FAS, criado para executar a política do Conselho de Desenvolvimento Social (voltaremos a este assunto oportunamente). 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, compostos de recursos da própria CEF, dotações orçamentárias e dotações lotéricas, são mobilizados a custo zero. Os demais recursos, contudo, têm 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 do FAS se faz necessária na medida em que nos interessa isolar as aplicações de recursos da CEF. Isto porque as transferên-

cias e repasses aos Ministérios, além de serem de menor monta, desde 1976 são destinados exclusivamente à implementação do PRONAM. É, portanto, a CEF que vem fazendo os financiamentos que nos interessa analisar. O quadro abaixo nos dá uma idéia da utilização dos recursos do FAS:

**FAS — Propostas de financiamento aprovadas pela 7ª diretoria da DEVE
— até 30.06.77 em Cr\$ milhões**

Area 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,	8.271,6	(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. ENSP-FIOCRUZ/FINEP

Estes dados 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 (FBH), que vem atuando ativamente no sentido de garantir o favorecimento do setor privado na aplicação dos recursos do FAS.

Os recursos do FAS estão portanto orientados para a lógica da lucratividade criando e/ou fortalecendo através do Estado e por meio dos recursos públicos uma burguesia empresarial nacional. Esta afirmação fica evidente se observarmos que além de financiar basicamente o setor privado, como demonstramos no quadro anterior, levantamento realizado pelo INAMPS comprova que no exame de 703

Número de hospitais segundo entidade mantenedora — 1956/1967

ANOS	Números Absolutos				Números Relativos			
	Públicos *	Privados		Total	Públicos (1)	Privados		Total
		Não Lucra- tivos	Lucra- tivos			Não Lucra- tivos	Lucra- tivos	
1956	447	2.058		2.505	17,8	82,2		100,0
1960	371	2.176		2.547	14,6	85,4		100,0
1964	457	1.446	944	2.847	16,1	50,8	31,1	100,0
1967	469	1.343	1.423	3.235	14,5	41,5	44,0	100,0

Fonte: Anuários Estatísticos. Apud KOWARICK, 1976.

* Inclui União, Estados e Municípios, Entidades autárquicas, para-estatais e mistas.

propostas de financiamento 73,8% referiam-se a leitos hospitalares, predominando a criação ou expansão de hospitais privados com fins lucrativos, e que 63% destas propostas provinham das regiões Sudeste e Sul. Fica patente o grau de distorção introduzido na utilização de um fundo que, destinado a financiar projetos prioritários de interesse coletivo, vem sendo utilizado para outras finalidades, e subordinado à lógica da lucratividade.

O Estado fomenta a capitalização da medicina, que teve no Hospital sua base técnica e econômica (Braga, 1979). A Tabela abaixo demonstra o crescimento da rede privada em relação à rede oficial, que permanece estagnada. A tendência à ampliação das entidades lucrativas entre as privadas, em relação às não lucrativas, decorre dos mecanismos de compra de serviços que analisaremos a seguir, e que possibilitam que mesmo entidades filantrópicas, neste ramo, apresentassem alta lucratividade.

Credenciamento para a compra de serviços

A segunda forma de articulação da Previdência com o setor privado faz-se através da compra de serviços médicos. Neste caso, os serviços 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” (MTPS, 1973).

Assim, progressivamente, os serviços hospitalares comprados de terceiros vão representando a quase totalidade dos gastos com a assistência médica previdenciária. De 1969 a 1975 a porcentagem de serviços comprados a terceiros representou cerca de 90%, em média, da despesa geral do INPS.

As tabelas seguintes esclarecem como vem-se impondo o padrão de organização sob hegemonia da prática privada.

INPS: INTERNAÇÕES EM HOSPITAIS PRÓPRIOS, CONTRATADOS SOB CONVÊNIO 1971-1977. Em 1.000

INTERNAÇÕES							
ANOS	PRÓPRIOS		CONTRATOS		CONVÊNIOS		
	TOTAL	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1971	2.932	136	4,6	2.796	95,4	...	...
1972	3.406	132	3,9	3.274	96,1	...	...
1973	3.709	139	3,7	3.569	96,2	...	...
1974	4.082	176	4,3	3.906	95,7	...	...
1975	5.385	183	3,4	4.928	91,5	275	5,1
1976	6.744	178	2,6	6.179	91,7	387	5,7
1977	6.803	216	3,1	6.223	90,3	454	6,6

Fonte: INPS

**INPS: CONSULTAS MÉDICAS EM UNIDADES PRÓPRIAS,
CONTRATADAS E SOB CONVÊNIO 1971-1977. Em 1.000**

CONSULTAS MÉDICAS							
ANOS	PRÓPRIOS			CONTRATOS		CONVÊNIOS	
	TOTAL	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1971	44.692	37.328	83,5	7.361	16,5	...	...
1972	47.796	38.573	80,7	9.223	19,3	...	...
1973	48.633	39.262	80,7	9.371	19,3	...	...
1974	52.144	41.575	79,7	10.568	20,3	...	...
1975	82.369	49.110	59,6	15.104	18,3	18.155	22,1
1976	105.477	52.703	50,0	27.759	26,3	25.015	23,7
1977	134.417	57.152	42,5	39.633	29,5	37.632	28,0

Fonte: INPS

**INPS: SERVIÇOS DE COMPLEMENTAÇÃO DIAGNÓSTICA *
EXECUTADOS EM UNIDADES PRÓPRIAS, CONTRATADAS
E SOB CONVÊNIO 1971-1977. Em 1.000**

SERVIÇOS DE COMPLEMENTAÇÃO DIAGNÓSTICA							
ANOS	PRÓPRIOS			CONTRATOS		CONVÊNIOS	
	TOTAL	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1971	15.874	7.454	47,0	8.420	53,20	...	...
1972	19.273	7.612	39,5	11.661	60,0	...	...
1973	19.676	6.946	35,3	12.730	64,7	...	...
1974	20.854	7.517	36,0	13.337	64,0	...	...
1975	33.789	9.540	28,2	19.828	58,7	4.421	13,1
1976	46.206	9.142	19,8	30.592	66,2	6.472	14,0
1977	45.743	9.422	20,7	28.160	61,5	8.161	17,8

* Exames radiológicos e de laboratório

Fonte: INPS

Observa-se que em todo o período os serviços hospitalares próprios são minoritários. Já o leve declínio do setor contratado a partir de 1975 pode ser explicado pela ampliação do setor conveniado.

O fato da rede ambulatorial ser predominantemente própria indica apenas que esta área não foi inicialmente incorporada à dinâmica lucrativa como a hospitalar.

“Uma vez criada no hospital uma *base técnica articulada com a rede laboratorial (dentro e fora do hospital) bem como articulada com todo o complexo tecnológico do processo de diagnóstico e terapêutica*, num movimento que significou a utilização dos hospitais como área de acumulação de capital; uma vez, repito, cristalizada essa base técnico-econômica, *passou-se, desde 1969, a acoplar como segmento dinâmico de acumulação a assistência ambulatorial transformada*” (Braga, 1978).

É desta época que as taxas de crescimento de dispêndio da assistência ambulatorial suplantam de muito as hospitalares. Os serviços de complementação diagnóstica crescem ainda mais que as consultas.

A modalidade contratual pela qual se efetuam tais compras tem sido frequentemente denunciada como sendo “fator incontrolável de corrupção” (Gentile de Mello, 1977). 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 conseqüências inerentes e 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” (Stephanes, 1976).

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 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 superfaturamento 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.

Convênios com empresas: medicina de grupo ¹⁷

A expansão do Complexo Previdenciário criou um sub-setor credenciado que se estrutura em bases institucionais distintas às 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

17. Este texto, com alguns itens que foram eliminados nesta versão, foi publicado na coletânea *Saúde e Medicina no Brasil*, Graal, 1978.

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 *apud* Carvalho, 1955).

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 provavelmente menos 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 doenças, 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 em 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. 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 empecilhos freqüentes nas Previdência Sociais e outros órgãos assistenciais. Os resultados desse último aspecto são coisas tais como melhor desempenho na competição interempresarial 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 desburocratização 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 há 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 (Garcia, 1976), também no Brasil, nos últimos tempos, isso tem ocorrido, tendo se constituído para a prestação destes serviços 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 e aumentar a produtividade através da manutenção e recuperação da força de trabalho, diferem no entanto substancialmente na medida em

que a empresa médica é regida por uma lógica interna que visa basicamente a lucratividade através da diminuição dos custos de 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 consciencioso desta prática. Os contratos são constituídos num regime de "pré-pagamento por captação", ou seja, estimula-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 complementaridade 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 do representante da empresa médica CEMIC no 2º Congresso Internacional de Medicina de Grupo (Abrange, 1973).

"São mais ou menos sabidos de todos que estão no grupo médico as vantagens para a empresa na queda do absentismo, fixação do empregado, menor *Turn-Over* (...) A direção do grupo médico está intimamente ligada

com o departamento de Pessoal ou à 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 complementaridade 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 temporariamente, enquanto apenas 49% dos atendidos através de convênios ficam afastados de suas funções (Castelo Branco, 1976).

Um terceiro aspecto apontado anteriormente como vantajoso para as empresas na constituição de departamentos 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”.

Num último aspecto, dentre os anteriormente citados, há também perfeita substituição das funções do departamento médico de 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”.

“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” (MPAS-INPS/1975).

Aqui não se pode falar propriamente em complementaridade 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 afinho 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 “biás” nas análises favoráveis à medicina de grupo:

“Para os que defendem os convênios, a diminuição do absenteísmo por doença constitui um dos argumentos mais freqüentemente 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 freqüência, entre os empregados de menor salário, entre os que trabalham em condições mais desfavoráveis, entre os que enfrentam maiores problemas de condução diária, entre os que têm maiores encargos de família, entre os que trabalham sob chefia autocrática” (Gentile de Mello, 1977).

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. 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 (Gentile de Mello, 1977) 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, 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, enquan-

to 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 convenientes é de 3,5 salários mínimos” (Gentile de Mello, 1977).

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 tríplexes (Previdência — empresas — grupos médicos), e 2,5 milhões em contratos sem a participação do INPS (Abramge, 1973).

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.:

“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” (MPAS-INPS, 1975).

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 convenientes, não há notícia de cobrança desses serviços” (Gentile de Mello, 1977).

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 convenientes 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 conveniente 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 convenientes 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” (Gentile de Mello, 1977).

Assim, parece confirmar-se a idéia, já apresentada nesse trabalho, do caráter especial e restrito das atividades médicas que interessa às 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 absentismo, 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, procedendo-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 terem 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” (FTIQ/FESP, 1976). 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 n. 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 necessária uma oceânica quantidade de inocência, mais uma tonelada de boa vontade para se acreditar que o empregador orientará os médicos que para eles 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 em-

pregados, 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 à 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, por que 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 demiti-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 desacetada, 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 têm 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 vigente no setor impõe à Previdência.

A análise deste terceiro mecanismo de implementação da política de assistência médica voltada principalmente para os interesses dos produtores privados e subordinada aos interesses dos demais componentes das classes dominantes (capitalistas do setor de produção de medicamentos e equipamentos médicos e grandes empresários industriais em geral) permite-nos concluir a quinta característica da assistência médica previdenciária neste período:

A interferência Estatal no setor saúde, através da Previdência Social, possibilitou a organização da prática médica em moldes de relacionamento mais caracteristicamente capitalistas, passando a diferenciar o atendimento em termos da clientela a ser atendida e, por conseguinte, das finalidades que esta prática cumpre em cada uma das formas de organização da atenção médica. Esta diferenciação do atendimento segundo a clientela vai mais além da separação em três programas previdenciários distintos — o IPASE para os funcionários, INPS para os trabalhadores urbanos, FUNRURAL para os trabalhadores rurais — o que, é verdade, certamente implica em diferenciações no acesso aos serviços médicos assistenciais.¹⁸

Para além do problema do acesso aos serviços, o que apontamos é uma diferenciação a nível da própria prática médica que, orientada por valores tais como lucratividade

18. As diferenças de tratamento entre segurados aqui apontadas dizem respeito à massa segurada urbana, porque a vinculação do trabalhador rural é diferente tanto na sua forma quanto na possibilidade de acesso aos benefícios assistenciais. SANTOS (1979) explica esta situação:

“Algumas características importantes distinguem o FUNRURAL do sistema previdenciário urbano. Em primeiro lugar, rompe-se com a concepção contratual da previdência, sendo o programa financiado, em parte, por impostos sobre a comercialização dos produtos rurais, e, em parte, por tributação incidente sobre as empresas urbanas. Os trabalhadores rurais não desembolsam nenhuma contribuição direta para o fundo.

No que diz respeito à equidade, portanto, o que se esperaria, agora, seria o estabelecimento da conhecida dinâmica de expansão gradual do aspecto de serviços e benefícios distribuídos pelo programa, os quais se encontram, ainda, aquém do que o sistema previdenciário urbano já proporciona. Esta expansão, todavia, será regulada não apenas pela disponibilidade de recursos financeiros mas, outra vez, também pela oferta de recursos outros, materiais e humanos, o que o torna dependente de duas outras políticas governamentais: a política de modificação da estrutura do sistema produtor de bens materiais e a política educacional ou, em sentido mais amplo, de formação de recursos humanos”.

e controle da força de trabalho, distancia-se cada vez mais de um modelo ético da medicina que visa a melhoria das condições de saúde da população.

A comparação entre o valor crescente dos recursos destinados à assistência médica previdenciária neste período e alguns indicadores de saúde vai mostrar que tais dispêndios não tiveram reflexos positivos na melhoria das condições de saúde. Ao contrário, na periferia das grandes cidades, o índice de mortalidade infantil, indicador sensível às transformações sociais, mantém-se em níveis considerados fortes (entre 70 e 100/1.000) ou mesmo "muito fortes" (acima de 100/1.000). Estes dados só encontram sua explicação se observarmos a queda progressiva do salário mínimo real (Dieese, 1978) como consequência da política de acumulação selvagem configurada neste período. Ao final de 1973 podemos demarcar a primeira fase deste período que vai de 1966 a 1977 e na qual foram implantadas as principais características do modelo de política de assistência médica previdenciária. Sem querer relembrar cada uma delas podemos, no entanto, resumir os princípios que a orientam: *Financiada pelos trabalhadores, gerida pelo Estado e fomentando a consolidação de uma área privada de acumulação de capital.*¹⁹

Além disso, dada a conjuntura política que o País atravessa, esta política imita em seus objetivos o modelo de universalização proposto pela Seguridade Social, ampliando a cada momento a extensão da cobertura.

É aqui que vamos identificar a contradição que vai animar o desenvolvimento deste modelo implantado, ou seja, os limites impostos à extensão da cobertura médico-assistencial através de um padrão de organização dos serviços médicos cuja hegemonia é detida pelos produtores privados.

19. Neste ponto, como em muitos outros momentos na análise deste período e do seguinte, utilizei dados e observações, levantados ou produzidos por Izabel Picalluga, ainda não publicados.

CAPÍTULO 5

Crise e reformas (1974-1979)

A adoção do modelo da seguridade social no que tange à universalização dos benefícios — com a conseqüente expansão dos serviços médicos previdenciários e a inclusão de novas categorias sociais — se fez dentro do quadro de privilegiamento do produtor 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 de serviço — possibilita um superfaturamento 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 empresas privadas nos anos subseqüentes à unificação foi levada a cabo sem qualquer controle por parte da Previdência sobre as unidades contratadas. A própria criação do Setor Conveniado (Medicina de Grupo) coincide 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. Não 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 fi-

nanceiro. Além disso, repetimos, a modalidade de contrato existente tornava imponderável o cálculo atuarial.

O período que se inaugura em 1974 não constitui um novo modelo de funcionamento da assistência médica previdenciária, uma vez que não significa uma ruptura com o modelo adotado pós-64; mas se diferencia dele a ponto de merecer uma análise isolada. Isto é, trata-se antes de uma segunda fase de um mesmo período, em que são mantidas as características fundamentais do período como um todo e a contradição decorrente da expansão da cobertura via compra de serviços ao setor privado vai desenvolver-se criando uma situação de crise e reformas do Complexo Previdenciário.

Durante a fase anterior, 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 teoria do Ministro da Fazenda de que seria preciso deixar o bolo crescer para então 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” (Singer, 1976).

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), não havendo meios eficazes de reduzir a sua importação. Em segundo lugar, 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.

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 médias 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, *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 de 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 74/79, 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 atra-

vessava. 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 Presidente 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, habilitação, 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” (Nascimento e Silva, 1975).

A incorporação das políticas sociais na estratégia governamental vai exigir que a Previdência Social assuma papel de destaque e que, portanto, intensifique sua atividade assis-

tencial. 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 — Lei n. 6.025 de 25 de junho de 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” (Nascimento e Silva, 1975).

Na verdade é só depois da criação do MPAS que fica estabelecida a definição de competência entre o Ministério da Saúde e a Previdência Social. 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”.

Ainda em 1974 (Lei n. 6.118 de 9 de outubro de 1974) foi criado o Conselho de Desenvolvimento Social com atribuições de assessorar o Presidente da República na formulação da política social e na coordenação dos Ministérios envolvidos na implementação desta política. Reafirma ainda as competências do Ministério da Saúde e do Ministério da Previdência e Assistência Social, sendo a definição da Política de Saúde atribuição do M.S., mas revoga em seu artigo 4º o parágrafo 3º do artigo 156 do Decreto-Lei n. 200, que estabelecia a necessidade de obediência da assistência médica da Previdência à Política Nacional de Saúde.

Malgrado a centralização interministerial em um único organismo de coordenação, o que efetivamente ocorre é uma autonomização da Política de Assistência Médica Previdenciária em face da Política Nacional de Saúde.

A Legislação Previdenciária sofre alterações que cada vez mais a aproxima do pólo por nós caracterizado como o modelo da seguridade social. Senão vejamos:

— Lei n. 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 n. 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 n. 6.195, de 19-12-74, que atribuiu ao Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural (FUNRURAL) a concessão de prestações por acidentes aos rurícolas;

— Lei n. 6.210, de 04-06-75, 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 n. 6.226, de 14-06-75, que instituiu a contagem recíproca de tempo de serviço público federal e de atividade privada para efeito de aposentadoria;

— Leis n. 6.243, de 24-09-75, que regulou a concessão do pecúlio ao aposentado que retorne à atividade e ao que ingressar na Previdência Social após completar 60 (sessenta) anos de idade;

— Lei n. 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 foi a reunião de toda a legislação previdenciária na consolidação das Leis da Previdência Social, expedida pelo Decreto n. 77.077, de 24 de janeiro de 1976.

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, em face dos compromissos já assumidos com o setor privado.

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: criação de mecanismos de controle do setor contratado, ampliação do setor conveniado, normatização e criação de novos mecanismos institucionais.

Criação da Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social — DATAPREV

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. Os exemplos são numerosos:

“...em um município do norte fluminense, o coordenador médico, também cirurgião credenciado pelo INPS, encaminha, como coordenador, doentes, para ele, cirurgião, que opera, prepara e fatura e encaminha para ele próprio que, como coordenador, aprova e determina o pagamento que, ele próprio, recebe e dá quitação” (Gentile de Mello, 1977).

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, ou de pacientes fantasmas.

Ampliação do setor conveniado — Convênios com sindicatos, universidades, prefeituras, governos estaduais e outras entidades

Embora já existisse a modalidade de compra de serviços através de Convênios (como vimos anteriormente com os convênios com empresas — Medicina de Grupo) é necessário destacá-la aqui como uma diferenciação do Complexo Previdenciário, tal a sua especificidade frente à situação da Previdência. Esta diferenciação responde pela criação de um setor novo, com finalidades, interesses e lógica de funcionamento distintos tanto do Setor Público quanto do Setor Contratado.

Isto porque, ao que parece, a ênfase que é dada ao Setor Conveniado depois de 1974, decorre deste ser visto como a única saída para o impasse antes assinalado. Documento do próprio INPS aponta o papel corretor dos convênios:

“A partir de 1969, a direção do Instituto vem declarando sua intenção de corrigir as distorções criadas pela ênfase na hospitalização e falta de uma assistência oportuna, a fim de evitar que os riscos pequenos se transformem em grandes riscos. Parece haver também percebido que a assistência médica orientada para o atendimento exclusivo de benefícios e não para os problemas das comunidades (ou para uma distribuição geográfica que acompanhe a distribuição da população) constitui sério entrave à instalação de serviços adequadamente dimensionados e organizados para operarem economicamente. Este reconhecimento levou o INPS a buscar desde 1971 convênios com os governos estaduais, com as universidades e com os sindicatos. Por este caminho dá-se também início a um entrosamento, que há muito deveria ter ocorrido, entre os serviços médicos que aplicam técnicas precipuamente curativas como os de saúde pública que se especializam na aplicação de técnicas preventivas” (MTPS, 1973).

A possibilidade de expansão via convênios é dada pelo tipo de pagamento dos serviços, que é feito globalmente,

evitando as deturpações do pagamento por unidade de serviços com o setor contratado. Neste sentido, torna-se possível o atendimento da demanda crescente sem incorrer no risco de um "crack" financeiro.

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 a seguir.

INPS — RECURSOS DISPONÍVEIS — 1976
ASSISTÊNCIA MÉDICA

ESPÉCIES	QUANTIDADE
<i>SERVIÇOS AMBULATORIAIS PRÓPRIOS</i>	
Postos	540
Consultórios	5.872
Médicos	21.261
Dentistas	1.676
Unidades	200
<i>SERVIÇOS AMBULATORIAIS CREDENCIADOS</i>	
Médicos	15.261
Dentistas	3.879
Laboratórios	2.210
Clínicas Radiográficas	995
Farmácias	12
<i>HOSPITAIS PRÓPRIOS</i>	
Hospitais	34
Capacidade de Leitos	8.317
Leitos em funcionamento	5.628
<i>HOSPITAIS CONTRATADOS</i>	
Hospitais	2.808
Capacidade de Leitos	242.730
Leitos sob Contrato	165.077
<i>CONVÊNIOS</i>	
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.

Como vemos, a proporção do setor conveniado em nada se assemelha à do setor contratado. Além disso, a maior parte dos convênios é firmado com empresas, o que, dado sua importância específica, foi por nós abordado isoladamente. É certo que os demais convênios atendem também — como o com empresas visando ao controle da produtividade — a finalidades que se colocam além da mencionada necessidade de expansão da cobertura evitando os inconvenientes dos contratos na base de unidades de serviço. Assim é, por exemplo, que podemos entender os convênios com sindicatos como parte da estratégia de desvirtuamento de suas funções políticas.

Apesar dos números pouco expressivos de convênios firmados com Universidades, Prefeituras e Governos Estaduais, se comparados com os convênios com Sindicatos, isto não deve ocultar a importância que as Universidades e Secretarias de Saúde apresentam nesta perspectiva de expansão da cobertura via convênios globais. Isto porque é através da utilização da infra-estrutura já montada nestas instituições, seja ambulatorial ou hospitalar, que efetivamente vão sendo incorporadas as novas demandas por assistência médica.

É importante ressaltar também que, mantendo a característica de atenção médica diferenciada, estas instituições mencionadas vão ser responsáveis principalmente pelos novos contingentes absorvidos pela cobertura previdenciária, e que não estão incluídos na força de trabalho considerada do ponto de vista do mercado formal de trabalho. Já os convênios firmados com os hospitais universitários merecem da nossa parte uma atenção especial posto que, além das características mencionadas, que compartilha com o setor conveniado, apresenta papel crucial na reformulação nos padrões de formação de recursos humanos para a área de assistência médica. É o que passaremos a analisar.

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 n. 63.341, de 1º de outubro de 1968,

“onde se determinava que o Instituto Nacional de Previdência Social reservasse parte substancial de seus valores aos hospitais de clínica” (Landman e Quadra, 1978), sendo, no entanto, que os convênios só vêm a ser firmados a partir de 1971 (MTPS, 1973).

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.

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 “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” (MEC, 1969).

A inserção da formação profissional dentro dos moldes da prática médica previdenciária é justificada tanto em termos da carência de locais para estágio e internato 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 implantada no INPS que vise elevar o nível técnico de pessoal no setor saúde, principalmente na área médica, bem como proporcionar treinamento e pós-graduação, reverterá em imediato proveito para a própria Instituição que estará investindo seriamente, não só no setor saúde, como na mão-de-obra especializada de que tão urgentemente necessita” (MTPS, 1973).

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 e funções nem sempre adequadas à propalada ética médica.

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” (Donnangelo, 1975).

A autora identifica ainda estas concepções como “poderoso fator de pressão sobre as alternativas de organização do mercado”. 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 da 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 médios 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 (Gentile de Mello, 1975).

O Hospital das Clínicas da UERJ apontava os seguintes inconvenientes nos convênios: 1) Não eram globais e excluía 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 (Landman, 1975).

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 (Landman, 1975).

A minuta padrão do novo convênio MEC/INPS substituíu 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.

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 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” (Landman e Quadra, 1978).

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 pelo INPS em hospitais particulares, entendem que o hospital universitário não deve fazer concorrência à rede privada” (Gentile de Mello, 1977).

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 unidades 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

HOSPITAIS	TIPO DE PAGAMENTO	
	Prestado Serviços	Universidade Convênio
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

(Landman e Quadra, 1978)

O que fica patente então é que a manutenção das diferentes formas de organização da prática médica, visando atender interesses diferentes, muitas vezes manifesta as contradições no interior do Complexo Previdenciário, criando “disfunções”, atritos ou tensões.

“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” (Gentile de Mello, 1977).

Normatização

Retornando ao nosso raciocínio sobre os mecanismos de correção introduzidos no Complexo Previdenciário após 1974, vimos até agora a criação da DATAPREV e a ampliação do Setor Conveniado.

Em terceiro lugar, encontramos as medidas de cunho normatizador, que objetivam disciplinar e organizar as diversas modalidades de prática médica vinculadas à Previdência Social, como o Plano de Pronta Ação — PPA em 1974, ou disciplinar a modalidade de articulação do Ministério da Assistência e Previdência Social no conjunto dos outros órgãos atuantes no setor saúde, como vemos na criação do Sistema Nacional de Saúde (SNS) em 1975.

É certo que outros programas implementados a partir desta época — como o Programa Nacional de Alimentação e Nutrição (PRONAN) e o Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento do Nordeste (PIASS) — relacionam-se de alguma forma à problemática que estamos focalizando, mas como sua significação para a organização da prática médica previdenciária é apenas tangente e marginal, não os abordaremos neste texto.

Plano de Pronta Ação — PPA

A necessidade de viabilizar a expansão da cobertura determinou a elaboração do PPA, que, longe de constituir-se em um verdadeiro plano para a assistência médica previdenciária, constitui-se em um conjunto de Portarias e Resoluções que disciplinam o funcionamento dos diferentes setores componentes do Complexo Previdenciário, estabelecendo suas rotinas (ver Apêndice 1 no final do Capítulo).

Assim, como principal resolução do PPA com consequências efetivas sobre a universalização da cobertura muito além do quadro de segurados da Previdência, é a que diz respeito à desburocratização do atendimento nos casos de emergência.

Esta medida de grande valor político vinha atender à demanda freqüentemente expressa no noticiário jornalístico através de denúncias sobre casos de morte decorrentes da falta de atendimentos. Com a abolição das medidas burocráticas para comprovação da filiação do paciente ao INPS avança-se para a homogeneização do cuidado médico permitindo a integração real da prática previdenciária às instituições conveniadas como Secretarias de Saúde e Hospitais Universitários. É também no conjunto de medidas denominadas PPA que se encontra o Protocolo MEC-INPS, vinculando os hospitais universitários à Previdência por meio de convênios globais, como vimos anteriormente.

No entanto, a desburocratização do atendimento em casos de urgência teve como contrapartida a impossibilidade de controle por parte do INPS, destes atendimentos.

Outra medida adotada é a especialização do sistema hospitalar próprio reservada também para pesquisa e aperfeiçoamento técnico-profissional, garantindo aos serviços comprados a terceiros a possibilidade de ampliação do atendimento, para que crie rotinas de convênios, contratações, credenciamento, etc.

Estas medidas são tomadas a título de descongestionar os serviços próprios utilizando toda a capacidade instalada na área de assistência médica, tanto pública quanto privada.

Finalmente faculta ao segurado a opção por instalações especiais nos hospitais particulares contratados, cujo preço será pago pelo próprio cliente diretamente ao hospital. Este “regime de livre-escolha” vem atender às reivindicações dos produtores de serviços visando incorporar à Previdência o consumo das camadas médias. O regime de livre-escolha tem sido combatido por defensores do serviço próprio da Previdência porque além de dificultar o controle do INPS, criando mesmo a possibilidade de indução do cliente ao consumo sofisticado, perpetua o pagamento na base das unidades de serviço (U.S.).

O que se pode observar imediatamente é a semelhança destes últimos aspectos do PPA com o Plano Nacional de Saúde de 1968, reeditando os mesmos mecanismos de privatização da assistência médica. Quando tratamos do PNS tivemos oportunidade de anotar que este Plano falhou mais pela sua perspectiva liberal do que pela privatizante. O plano atual, PPA, não comete este pecado, buscando articular todos os serviços de assistência médica vinculados à Previdência, justificando-a pela necessidade de que a estratégia do Governo, na sua expansão progressiva, exige atuação prioritária fundada em programação flexível, coerente e conjugada de todos os agentes prestadores de assistência médico-sanitária (MPAS, Portaria n. 39).

Em outras palavras o mais importante a ser observado é que a ausência de uma hierarquização, supondo um ajustamento natural entre partes que são contraditórias, mantém inalteradas as condições de funcionamento atual, garantindo assim a continuidade do modelo hegemônico em funcionamento, e propiciando, pela ausência de controle em relação às emergências, o incremento em larga escala dos atos médicos.

A ênfase que o PPA dá ao atendimento ambulatorial é identificada por Braga (1978) como o indício mais certo de que esta prática passa a ser também motivo de lucro e lugar de acumulação. É a partir do PPA que se reverte a tendência anterior de maior taxa de crescimento com o atendimento hospitalar, passando agora o ambulatorial a ocupar este lugar.

Além disso, a expansão da assistência médica previdenciária, transbordando o seu contexto institucional de origem, busca também articular todos os serviços de assistência médica existentes no País, permitindo mediante convênios a expansão da cobertura.

“Imprecisamente denominado *Plano*, o PPA é muito mais um instrumento jurídico-político para “pôr em ação” uma política já dominante de *atuação médica*, o modo de tornar um *programa setorial* (assistência curativa individualizada) em prática universal e verdadeiramente hegemônica. Este é seu alcance político institucional em termos de estratégia de hegemonia médica” (Luz, 1979).

Sistema Nacional de Saúde — SNS

A organização dos serviços de Saúde, assumindo a cada ano formas mais complexas e diversificadas, alterando as antigas dicotomias entre *Público/Privado*, *Saúde Coletiva/Assistência Previdenciária*, acarretou a necessidade de compatibilização e estruturação da ação dos diversos órgãos envolvidos na cobertura da área da saúde, resguardando-se a predominância da prática médica previdenciária, curativa e individual, sobre o conjunto que passou a ser denominado Sistema Nacional de Saúde.

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 da ação social organizada, e organizar a ação social é uma atribuição do Governo dentre as competências do Estado”. Este documento, comunicação dirigida à V Conferência Nacional de Saúde (agosto, 1975), 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” (MPAS, 1975).

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 defesa da interferência estatal na coordenação e direção da política de saúde é do próprio SNS e assim expressa neste relatório:

“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 exceção da educação, o liberalismo total falhou como doutrina de eficiência na condução das atividades humanas” (MPAS, 1975).

No entanto, submetido ao jogo das pressões políticas este projeto original é alterado.

O SNS (Lei n. 6.229 de 17 de julho de 1975) é constituído do “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”.

Na exposição de motivos que encaminha o projeto da Lei n. 6.229, 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”.

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 e de outros órgãos nos seis artigos que compõem a Lei e que passaremos a resumir (ver Apêndice 2 no final do Capítulo).

— Conselho de Desenvolvimento Social (CDS)

Apreciação da Política Nacional de Saúde, bem como dos programas de saúde dos diversos Ministérios com vista a assegurar a necessária coordenação;

— Ministério da Saúde

Formulação das políticas nacionais de saúde e de alimentação e nutrição, bem como a promoção ou execução de ações preferentemente voltadas para as medidas e os atendimentos de interesse coletivo;

— Ministério da Previdência e Assistência Social

Atuação voltada principalmente para o atendimento médico-assistencial individualizado;

— Ministério da Educação e Cultura

Formação de Recursos Humanos de níveis universitário, técnico e auxiliar, necessários ao sistema prestador de serviços de saúde;

— Ministério do Interior

Saneamento ambiental, aplicação dos sistemas de águas e esgotos, em conformidade com as prioridades dos planos de saúde;

— Ministério do Trabalho

Programas de preparação de mão-de-obra para o setor saúde, higiene e segurança do trabalho, prevenção de acidentes e política salarial das profissões de saúde;

— Estados, Territórios e Distrito Federal

Planejamento integrado de saúde, criação e operação de serviços de saúde, em apoio às atividades municipais;

— Municípios

Manutenção de serviços de saúde, especialmente os de pronto-socorro, vigilância epidemiológica.

Ao setor privado está assegurada liberdade de operação, devendo a capacidade das instalações deste setor ser convenientemente aproveitada, resguardando-se ações indesejáveis do setor público. As concessões de serviço ao setor privado deverão obedecer às seguintes diretrizes:

“Contratar serviços do setor privado após esgotada a capacidade do setor público, que por sua vez não deverá expandir-se enquanto existir capacidade ociosa no setor privado, observados o interesse social e as responsabilidades do Estado” (Azevedo, 1977).

As entidades privadas terão representantes no colegiado deliberativo do Sistema de Saúde local e da Unidade Federada.

Documentos oficiais apresentados na VI Conferência Nacional de Saúde apresentam desta forma a perspectiva assumida com o SNS:

“A Lei 6.229, que organiza o Sistema Nacional de Saúde, estabelece *uma opção governamental por uma solução pluralística* para o Sistema. Desta forma prevê-se uma ampla articulação de todos os órgãos que executam ações de saúde, racionalizando seus recursos, especialmente *visando a eliminar ampliações e antagonismos* e promovendo a integração programática.

A Lei 6.229, ao organizar o Sistema Nacional de Saúde, *optou por uma formulação sistêmica, pluriinstitucional*, não monopolista para as ações de saúde no País, definindo atribuições e ressaltando a importância da Política Nacional de Saúde como ideário explícito conceitualmente unificador das referidas ações” (Azevedo, 1977), (grifos nossos).

Utilizando-se o esquema teórico da teoria de sistemas tenta-se fugir de uma definição de prioridades, evitando assumir a posição do documento que originou a Lei n. 6.229, no qual ficava patente a necessidade de uma interferência maior do Estado na definição da política e na articulação do Sistema, malgrado os interesses do setor privado. Ao assumir esta posição “pluralista”, tentando compatibilizar todos os interesses e evitar os antagonismos, o que ocorre é que, enquanto diploma legal, a Lei n. 6.229 apresenta ambigüidades e incoerências que na prática vão resultar na inviabilidade de sua operacionalização.

Assim, a ênfase nas medidas coletivas de saúde em um contexto de hegemonia da prática médica curativa parece estranha, até que entendamos que as medidas coletivas destinam-se a conter a demanda que não está podendo mais ser absorvida pela medicina curativa. É inegável que a partir daí abre-se um espaço para retomada das medidas de saúde pública, muito embora limitadas e sem ameaçar a opção anterior pela prática médica individual e curativa.

Outro fator que dificulta a efetivação do SNS é que a integração e coordenação do Sistema vê-se obstaculizada pelas dificuldades decorrentes da prestação da assistência médica estar na sua maior parte em mãos da iniciativa privada. Os esforços de simplificação, descentralização e regionalização da prática médica vão esbarrar sempre com os interesses do setor privado e, como não houve alteração significativa na estrutura financeira dos componentes do Sistema, torna-se difícil esperar mudanças profundas na rede de serviços.

Na realidade, a Lei n. 6.229 ainda não obteve regulamentação em sua totalidade, ocorrendo apenas a regulamentação de aspectos parciais.

Novos mecanismos institucionais — SINPAS

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 patrimonial. 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 (já vinculados ao MPAS pelo Decreto n. 74.000 de 1-5-1974).

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 anteprojeto da lei que institui o SINPAS, na sua fase de tramitação no Congresso, sofreu 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 consequen-

temente 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 anteprojeto. Este artigo reza:

“Art. 25º — Em caso de calamidade pública, perigo público iminente ou ameaça de paralisação das atividades de interesse da população a cargo das entidades do SINPAS, o Poder Executivo poderá requisitar os bens e serviços essenciais a sua continuidade, assegurado ao proprietário indenização ulterior”.

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 a FBH seria chamada a opinar sobre o artigo 25, de tal forma que seus interesses fossem resguardados através da introdução de critérios mais definidos para 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 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 concretização do projeto de uniformização e unificação, com a criação do INPS. Da mesma forma, a universalização da assistência previdenciária, especialmente em relação à assistência médica, é cada vez mais uma realidade.

A criação do INAMPS, aglutinando a assistência médica concedida por todos os órgãos previdenciários, é a maior expressão da aproximação ao princípio de universalização da Seguridade Social, desvinculando cada vez mais o aten-

dimento médico da condição de segurado, muito embora não elimine a situação financeira, cuja base é a contribuição do segurado.

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 consequência necessária a reestruturação institucional e financeira. O próprio MPAS/INPS 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” (Stephanes, 1976).

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 benefícios no custeio dos serviços médicos prestados.

“Art. 6º Parágrafo 2º: 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 lhe forem fornecidos em ambulatórios”.

A desvinculação da assistência médica da concessão dos demais benefícios não foi acompanhada no entanto de medidas efetivas de aporte financeiro permanecendo a contribuição dos segurados como o custeio da Previdência. Além disso, não existem indícios de alteração no padrão de organização da prática médica previdenciária, de sorte que, em

nenhum momento, a crise financeira decorrente da concessão de assistência médica é identificada como causada, ao menos parcialmente, pelo modelo de privilegiamento do produtor privado de serviços. Pelo contrário, esta situação é freqüentemente dissimulada, atribuindo-se a crise financeira integralmente “ao excepcional e espantoso desenvolvimento da assistência médica”.

Se bem que não existam indícios concretos de reversão do padrão de organização da assistência médica previdenciária em função das transformações institucionais ocorridas, devemos lembrar que as reformas implementadas até agora não foram capazes de resolver a crise decorrente da evolução da contradição entre a tendência à universalização e, por um lado, a pouco flexível base financeira do sistema na base de contribuições e, por outro, a impossibilidade de controle dos produtores privados.

A continuidade desta situação crítica poderá implicar em medidas mais profundas tais como as anunciadas pelo Ministro da Previdência Social:

“Cumpre salientar, finalmente, que a assistência a cargo do INAMPS terá perspectivas bem diferentes das que hoje se apresentam ao INPS, ao FUNRURAL ou ao IPASE. Tendo quase toda a população do País como beneficiária de seus serviços de saúde, a entidade a ser criada não mais atuará como mera compradora desses serviços, onde quer que se ofereçam à venda pelos produtores. Para atender aos compromissos que lhe serão transferidos terá o INAMPS de interferir na produção dos serviços médicos, planejando a oferta em função da distribuição da população e das necessidades desta. Deverá, em suma, adequar a oferta a essas necessidades, empenhando-se em assegurar o máximo de satisfação possível ao maior número de beneficiários e de prestadores de serviço” (Nascimento Silva, 1977).

As bonitas palavras enunciadas pelo Ministro recebem um tratamento mais realista em conferência do Sr. Presidente do INPS, na Escola Superior de Guerra:

“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” (Stephanes, 1976).

Na verdade, o discurso acima omitiu um fator que não pode ser deixado à margem na conjuntura atual, em que se anunciam medidas de cunho democratizante. Excluídos da gestão das instituições previdenciárias, sem representação nos órgãos definidores da Política Nacional de Saúde, os trabalhadores apenas indiretamente conseguiram exercer algum nível de pressão sobre os destinos de suas contribuições à Previdência.

No entanto, o processo de reabertura em curso no País tem demonstrado a impressionante capacidade de reorganização e reivindicação dos trabalhadores. Por outro lado, assistimos também um crescente aumento da capacidade reivindicativa do pessoal da área de saúde que se torna a cada dia um fator de maior peso na definição da política de saúde.

O enfrentamento destas forças políticas reorganizadas com os interesses empresariais e industriais que têm tido hegemonia durante todo este período nas definições do modelo de organização da assistência médica previdenciária, se ocorrer em um clima democrático, poderá trazer alterações significativas no padrão atual.

APÊNDICE 1

Plano de pronta ação

Nº DE ORDEM	ATO	ASSUNTO DS/DG
1	Portaria n. MPAS 39, de 5-9-74	Aprova PPA 198/74
2	Portaria n. MPAS 78, de 10-10-74	Dispõe sobre o credenciamento de entidades prestadoras de serviços de assistência médica e hospitalar, e dá outras pro- vidências. 235/74
3	Portaria n. MPAS 79, de 10-10-74	Disciplina os Convênios com empresas empregadoras. 235/74
4	Portaria n. MPAS 143, de 23-1-75	Disciplina as providências a serem adotadas em relação às unidades contratadas e a mé- dicos, por omissão de atendi- mento. 45/75
5	Portaria n. MPAS 158, de 18-2-75	Disciplina o atendimento das emergências clínicas e cirúr- gicas. 49/75
6	Convênio entre o MPAS e o MEC	Objetiva a integração dos hos- pitais de ensino nos programas de assistência médica da Pre- vidência Social. Anexos: Protocolo assinado pelos dois Ministros e a Minuta do Con- vênio 230/74 68/75

7	Portaria n. 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 n. INPS — 900.10, de 17-2-75		Convênios com empresas empregadoras — benefícios, perícias médicas e acidentes de trabalho — Anexos I a VIII.	36/75
9	Resolução n. 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 n. SAM-399.53, de ... 4-2-75		Reformula o Serviço de Primeiro Atendimento (SPA).	36/75
11	Orientação de Serviço n. SAM-339.54, 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 n. SAM-399.55, de ... 4-2-75		Regulamenta a opção por instalações hospitalares especiais.	36/75
13	Orientação de Serviço n. SAM-399.56, de ... 4-2-75		Destinação dos Hospitais próprios.	36/75
14	Orientação de Serviço n. 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 n. 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 n. SAM-3074, de ... 10-4-75		Estabelece normas para prestação de assistência odontológica.	77/75
17	Orientação de Serviço n. SAM-339.62, de ... 20-4-75		Estabelece normas específicas para o credenciamento de entidades médicas prestadoras de serviços para fins de Convênio.	85/75
18	Orientação de Serviço n. 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 n. SAM-399.62, de ... 23-6-75		Atendimentos de Emergência. Republicada c/o BS 132/75, NOTA, por ter sofrido alterações.	120/75

APÊNDICE 2

Lei nº 6.229 — de 17 de julho de 1975

Dispõe sobre a organização do Sistema Nacional de Saúde

O Presidente da República

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º — O complexo de serviços, do setor público e do setor privado, voltados para ações de interesse da saúde, constitui o Sistema Nacional de Saúde, organizado e disciplinado nos termos desta lei, abrangendo as atividades que visem à promoção, proteção e recuperação da saúde, nos seguintes campos de ação:

I — O do Ministério da Saúde, ao qual compete formular a política nacional de saúde e promover ou executar ações preferencialmente voltadas para as medidas e os atendimentos de interesse coletivo, cabendo-lhe particularmente:

a) Elaborar planos de proteção da saúde e de combate às doenças transmissíveis e orientar sua execução;

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, inclusive quanto à educação alimentar e, com a colaboração dos demais Ministérios diretamente envolvidos na execução dessa política, elaborar e propor à aprovação do Presidente da República o Programa Nacional de Alimentação e Nutrição, promovendo, através do Insti-

tuto Nacional de Alimentação e Nutrição, a coordenação de execução, supervisão, fiscalização e avaliação de resultados.

d) Coordenar a ação de vigilância epidemiológica em todo o território nacional e manter a vigilância nas fronteiras e nos portos e aeroportos, principalmente de entrada, no País;

e) Efetuar o controle de drogas, medicamentos e alimentos destinados ao consumo humano;

f) Fixar normas e padrões pertinentes a cosméticos, saneamentos, artigos de perfumaria, vestuários e outros bens, com vista à defesa da saúde e diminuição dos riscos, quando utilizados pela população em geral;

g) Fixar normas e padrões para prédios e instalações destinados a serviços de saúde;

h) Avaliar o estado sanitário da população;

i) Avaliar os recursos científicos e tecnológicos disponíveis para melhorar o estado sanitário da população e a viabilidade de seu emprego no País;

j) Manter fiscalização sanitária sobre as condições de exercício das profissões e ocupações técnicas e auxiliares relacionadas diretamente com a saúde;

l) Exercer controle sanitário sobre migrações humanas, bem como sobre importação e exportação de produtos e bens de interesse da saúde.

II — O do Ministério da Previdência e Assistência Social, com atuação voltada principalmente para o atendimento médico-assistencial individualizado, cabendo-lhe particularmente:

a) Elaborar planos de prestação de serviços de saúde às pessoas;

b) Coordenar, em âmbito nacional, o subsistema de prestação de serviços de saúde às pessoas;

c) Credenciar, para integrarem o subsistema público, instituições de finalidades não lucrativas que prestem 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 melhor adequação às necessidades do País;

f) Fixar, em colaboração com o Ministério da Saúde, normas e padrões para prestação de serviços de saúde a pessoas, a serem observados pelas entidades vinculadas ao Sistema;

g) Promover medidas adequadas à redução do custo dos medicamentos de maior eficácia e de comprovada necessidade para proteção da saúde e combate às doenças, inclusive subvencionando sua aquisição ou distribuindo-os gratuitamente às classes mais pobres da população.

III — O do Ministério da Educação e Cultura, incumbido principalmente da formação e da habitação dos profissionais de nível universitário, assim como do pessoal técnico e auxiliar necessário ao setor saúde, cabendo-lhe particularmente:

a) Orientar a formação do pessoal de saúde para atender às necessidades prioritárias da área em quantidade e em qualidade;

b) Manter os hospitais universitários ou de ensino zelando para que, além de proporcionarem elevado padrão de formação e aperfeiçoamento profissional, prestem serviços de assistência à comunidade em que se situem;

c) Orientar as universidades que incorporam a formação de pessoal para as atividades de saúde, no sentido de se capacitarem a participar do

processo de avaliação e planejamento das atividades regionais de saúde;

d) Promover a integração progressiva dos hospitais e institutos de treinamento de pessoal de saúde no Sistema Nacional de Saúde, aparelhando-os para desempenhar as funções que lhes forem atribuídas pelo sistema e ampliando a área de treinamento pela utilização de outras instituições de prestação de serviços pessoais de saúde do Sistema Nacional de Saúde.

IV — O do Ministério do Interior, atuando nas áreas de saneamento, radicação de populações, desenvolvimento regional integrado e assistência em casos de calamidade pública, cabendo-lhe particularmente:

a) Realizar as obras de saneamento ambiental de suas responsabilidades e promover a ampliação dos sistemas de abastecimento d'água e de esgotos sanitários, em conformidade com as prioridades dos planos de saúde e em articulação com o Ministério da Saúde;

b) Orientar a política habitacional no sentido de que, além de proporcionar acesso da população a morada adequada e confortável, observe as necessárias condições de higiene e preveja nos conjuntos habitacionais os equipamentos sociais indispensáveis à manutenção da saúde de seus moradores.

V — O do Ministério do Trabalho, quanto à higiene e segurança do trabalho, à prevenção de acidentes, de doenças profissionais e do trabalho, a proteção, disciplina corporativa e política salarial das profissões de saúde cabendo-lhe particularmente:

a) Desenvolver as atividades de higiene e segurança do trabalho em consonância com as necessidades da área de saúde e tendo em vista a prioridade das sanções preventivas;

b) Desenvolver programas de preparação de mão-de-obra para o setor saúde.

VI — O dos demais Ministérios cujas ações relacionadas com a saúde constituam programas específicos passíveis de medidas de coordenação pelo órgão disciplinador do sistema.

VII — O dos Estados, Distrito Federal, Territórios e Municípios, que receberão incentivos técnicos e financeiros da União para que organizem seus serviços, atividades e programas de saúde, segundo as diretrizes da Política Nacional de Saúde, cabendo assim, particularmente:

a) Aos Estados, ao Distrito Federal e aos Territórios:

1) Instituir em caráter permanente o planejamento integrado de saúde da unidade federada, articulando-o com o plano federal de proteção e recuperação da saúde, para a região em que está situada;

2) Integrar suas atividades de proteção e recuperação da Saúde no Sistema Nacional de Saúde;

3) Criar e operar com a colaboração dos órgãos federais, quando for o caso, os serviços básicos do Sistema Nacional de Saúde previstos para a unidade federal;

4) Criar e operar as unidades de saúde do subsistema estadual, em apoio às atividades municipais;

5) Assistir técnica e financeiramente os municípios para que operem os serviços básicos de saúde para a população local;

6) Cooperar com os órgãos federais no equacionamento e na solução dos problemas de saúde de sua área.

b) Aos Municípios:

- 1) Manter os serviços de saúde de interesse da população local, especialmente os de pronto-socorro;
- 2) Manter a vigilância epidemiológica;
- 3) Articular seus planos de saúde com os planos estaduais e federais para a área;
- 4) Integrar seus serviços de proteção e recuperação da saúde no Sistema Nacional de Saúde.

Art. 2º — O Conselho de Desenvolvimento Social apreciará a Política Nacional de Saúde formulada pelo Ministério da Saúde, bem como os programas de diferentes Ministérios, no que diz respeito a assuntos de saúde, com vista a preservar as diretrizes de coordenação geral compatível, definidas nos Planos Nacionais de Desenvolvimento.

Parágrafo Único — Para fins programáticos, os planos setoriais serão classificados pelas seguintes áreas:

a) Área de ação sobre o meio ambiente, compreendendo atividades de combate aos agressores encontrados no ambiente natural e aos criados pelo próprio homem, e as que visem a criar melhores condições ambientais para a saúde, tais como a proteção hídrica, a criação de áreas verdes, o abastecimento de alimentos, a adequada remoção de dejetos e outras obras de engenharia sanitária;

b) Área de prestação de serviços a pessoas compreendendo as atividades de proteção e recuperação da saúde das pessoas, por meio da aplicação individual ou coletiva de medidas indicadas pela medicina e ciências correlatas;

c) Área de atividades de apoio, compreendendo programas de caráter permanente, cujos resultados deverão permitir: o conhecimento dos problemas de saúde da população; o planejamento das ações de saúde necessárias; a capacitação dos recursos humanos para os programas prioritários; a produção e a distribuição dos produtos terapêuticos essenciais, e outros.

Art. 3º — Em relação a cada área de atuação, a União exercerá ações próprias e supletivas:

I — No campo da saúde coletiva, ação própria no combate às endemias, no controle das epidemias, nos casos de calamidade pública e nas ações de caráter pioneiro, utilizando na medida do possível a colaboração dos Estados e Municípios.

II — No campo da saúde individual, ações próprias e supletivas, de preferência conjugando os esforços e recursos da União, dos Estados e dos Municípios e das entidades privadas.

Art. 4º — Na elaboração de planos e programas de saúde, ter-se-á em vista definir e estabelecer mecanismos de coordenação intersetorial, para aumento da produtividade, melhor aproveitamento de recursos e meios disponíveis em

âmbito nacional, regional e local, visando a uma perfeita compatibilização com os objetivos, metas e ações dos planos de desenvolvimento do Governo federal e com as diretrizes da Política Nacional de Saúde.

Art. 5º — Os Ministérios que desempenhem atividades incluídas no Sistema Nacional de Saúde, com base no levantamento dos problemas epidemiológicos e no diagnóstico da situação de cada área do País, inclusive no que tange aos recursos físicos, humanos e financeiros disponíveis elaborarão programas regionais levando sempre em conta a participação de todos os órgãos públicos e privados que atuam na região, de modo a organizá-los segundo hierarquia técnica condizente com a área assistida e os pontos de convergência para atendimento de riscos especiais.

Parágrafo Único — As Coordenadorias Regionais de Saúde, do Ministério da Saúde, instituídas pelo Decreto n. 74.891, de 13 de novembro de 1974, atuarão como unidades de apoio ao Sistema Nacional de Saúde, com vista à conjugação de esforços para elaboração de programas regionais que integrem num todo harmônico as atividades preventivas, curativas e de reabilitação.

Art. 6º — A construção ou ampliação de novos hospitais e outras unidades de saúde deverão observar obrigatoriamente os padrões mínimos fixados pelo Ministério da Saúde e visar ao preenchimento de lacunas na rede do Sistema, verificadas pelo Ministério competente referido no artigo 1º.

§ 1º — As instituições financeiras oficiais somente concederão créditos para construção, ampliação, reforma ou equipamento de unidade de saúde cujos projetos tenham sido previamente aprovados pelo Ministério competente do Sistema Nacional de Saúde.

§ 2º — Fica vedada a credenciação ou o contrato de serviços de unidades de saúde pela União, inclusive por seus órgãos da administração indireta, cuja construção se inicie após a promulgação desta Lei, sem que os respectivos projetos tenham sido previamente aprovados pelo Ministério competente referido no artigo 1º.

Art. 7º — O Poder Executivo baixará os atos necessários à implementação da disciplina aprovada por esta Lei.

Art. 8º — Esta Lei entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

CAPÍTULO 6

Clímax da crise: Transparência da estrutura de poder (1980-1983)

O processo que ficou conhecido entre nós como a “Crise da Previdência Social”, embora viesse sendo gestado a partir da implantação do modelo previdenciário, desde as origens da nossa Previdência Social, acentuando suas contradições internas com a redefinição deste modelo no pós-64, tem seu ponto de inflexão no ano de 1980, atravessando da mesma forma os anos 81 e 82.

Trata-se, por um lado, da eclosão de uma crise estrutural, potenciada por fatores detonadores existentes em uma conjuntura particularmente adversa. Por outro lado, é o momento em que o processo político decisório, mantido cuidadosamente cerrado nas últimas duas décadas, transborda os limites institucionais, técnicos, acadêmicos e de grupos de interesse restritos, irrompendo-se e desnudando-se frente à opinião pública.

As principais características desta fase aguda da crise podem ser identificadas:

1. O surgimento de propostas de políticas alternativas para o sistema de saúde, caracterizando-se pela postulação da necessidade de reformas, mais ou menos radicais, na direção da reversão do modelo de privilegiamento dos produtores privados de serviços de saúde, através da canalização dos recursos previdenciários para o setor público de prestação de assistência médica.

2. A eclosão de movimentos grevistas por parte dos profissionais de saúde, em especial médicos assalariados, que, embora mantendo um caráter corporativo, identificam a origem dos seus problemas no funcionamento do sistema de saúde, partindo assim para uma análise da política previdenciária de assistência médica. Estes movimentos grevistas tomam a população como seu aliado natural na medida em que ambos são prejudicados pela política atual, contribuindo para a formação de uma consciência crítica entre os profissionais de saúde e setores organizados da população.²⁰

3. A ampla divulgação da política previdenciária de assistência médica, socializando o debate, propicia, por um lado, o posicionamento explícito dos grupos de interesse envolvidos, e, por outro lado, o seu reconhecimento como questão nacional.

4. O bloqueio de qualquer uma das propostas de mudança mais radicais, que viesse a penalizar os setores capitalistas mais diretamente envolvidos. De sorte que a política previdenciária de assistência médica tem-se processado por ciclos espasmódicos nos quais se alternam planos, programas, portarias e períodos subseqüentes de paralisia decisória. Trata-se de um processo político cujas bases de legitimidade não estão consolidadas, na medida em que os setores capitalistas vêm sendo progressivamente deslocados de sua posição privilegiada na definição das políticas, e não foi possível alcançar outra base de apoio entre técnicos profissionais de saúde e população, dadas as implicações decisivas implícitas nesta aliança.

Primeiro Movimento:

A Crise Ideológica — PREV-SAÚDE — 1980

Tal qual uma sinfonia, o primeiro movimento no acirramento da crise, embora suave e rapidamente absorvido no interior da política vigente, já traz consigo todos os elementos que marcarão o desenrolar desta fase crítica.

20. Embora estes movimentos não tenham sido tratados aqui neste capítulo, a sua menção é importante pelo seu papel na formação de uma consciência crítica entre profissionais e população. Ver a respeito (Souza, 1982).

Trata-se da formulação do PREV-SAÚDE — Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde — projeto elaborado por um grupo técnico composto por representantes do Ministério da Saúde e do Ministério da Previdência e Assistência Social, com vista à reestruturação e ampliação dos serviços de saúde, compreendendo também as áreas de saneamento e habitação. A trajetória deste projeto, que ficou conhecida jocosamente como “Vida, Paixão e Morte do PREV-SAÚDE”, é em si reveladora das características mais marcantes deste período.

Em primeiro lugar, como parte da etapa de redemocratização que vive a sociedade brasileira, na qual se acentua a necessidade de melhoria do atendimento à população, em especial nas periferias dos grandes centros urbanos, focos potenciais de tensões sociais, cria-se no interior do aparelho de Estado um espaço para que técnicos esclarecidos veiculem um projeto de reformulação ampla da política de saúde adotada nos últimos anos. Tal projeto fundamenta-se nas propostas difundidas pela Organização Mundial de Saúde, sancionadas na Conferência de Alma-Ata, onde os governos de quase todos os países reconheceram que a atenção primária e a participação comunitária são estratégias essenciais ao cumprimento da meta social traçada: saúde para todos no ano 2000. A nível nacional o projeto inspirou-se na experiência desenvolvida em programas isolados de atenção primária, especialmente no Norte de Minas — Projeto Montes Claros — e no Nordeste, com o Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento — PIASS. Nestes casos, os pressupostos básicos para extensão da cobertura em áreas carentes foram a *hierarquização* das formas de atendimento por níveis de complexidade, de sorte que a *atenção primária* se tornasse a porta de entrada do paciente no sistema, utilizando-se ademais da *participação comunitária* e *técnicas simplificadas* como forma de ampliar os recursos disponíveis e/ou adequar melhor o programa às necessidades de população. Outros pressupostos deste modelo são a *integração* dos serviços existentes em cada um dos níveis de complexidade, independentemente do seu pertencimento aos subsistemas público/previdenciário/privado, e a *regionalização* do atendimento por áreas e populações definidas.

Dessa mesma maneira o PREV-SAÚDE incorporava todas estas propostas racionalizadoras que vinham sendo defendidas até aqui, seja pelos organismos internacionais, seja pelos intelectuais que se colocavam em oposição à política de saúde adotada pelo governo. No entanto, como produto da transição política que vivemos, plena de ambigüidade, o PREV-SAÚDE foi elaborado como qualquer outro dos projetos tecnocráticos que caracterizaram o período autoritário, no qual a dissociação Estado/sociedade concentrava exclusivamente na tecnocracia, com seus anéis burocráticos, o processo decisório.

Marcado pela ambigüidade apontada, é como “progressista-autoritário” que o projeto vai ser recebido com desconfiança por todos os grupos envolvidos no setor saúde. Recebe críticas e é visto com reservas desde o próprio INAMPS, passando pelas entidades representativas dos setores capitalistas da medicina, não encontrando apoio decisivo nem mesmo entre técnicos e profissionais de saúde. É assim que, antes de vir oficialmente a público, o PREV-SAÚDE é alterado na sua essência, transformando-se de uma proposta de redirecionamento da política de saúde em apenas um projeto de racionalização do modelo vigente. É neste momento, como projeto mutilado e carente de qualquer apoio político, que o PREV-SAÚDE toma um curso inesperado: O Ministro da Previdência coloca-o para o debate, propondo-se a aceitar as sugestões que lhes sejam encaminhadas. Essa medida, aparentemente democrática, correspondia mais bem ao início da paralisia decisória a que nos referimos anteriormente, ou seja, uma tática de esvaziamento de um projeto carente de legitimidade social e que, em qualquer de suas versões, poderia abrir uma brecha para alterações mais radicais.

O debate foi travado, tomando como alvo tanto a orientação do projeto, como seu curso institucional, isto é, as alterações sofridas do primeiro para o segundo documento, conhecidos como PREV-SAÚDE de agosto e de setembro, respectivamente. As principais diferenças entre os dois são apontadas por Gentile de Mello (*Folha de S. Paulo* 6/10/80):

“A verdade é que o projeto sofreu alterações substanciais precisamente nos seus aspectos básicos. Por exemplo: O PREV-SAÚDE de agosto estabelecia condições para inclusão dos serviços privados no sistema desde

que: a) não tenham fins lucrativos; b) tenham participação comunitária; c) adotem práticas, métodos e procedimentos semelhantes ao setor público; d) submetam-se aos mecanismos de controle do sistema. Procurava-se, com isso, evitar que o doente seja considerado um cheque ao portador. O PREV-SAÚDE de setembro sobre o assunto diz: Nos níveis secundário e terciário onde o setor privado é majoritário, o setor público participará em caráter de complementação, em proporção suficiente para o estabelecimento de padrões, treinamento de pessoal, orientação, supervisão e apoio à rede básica. Em outras palavras, nada mudará”.

Conseqüentemente, ficaria mantido assim o modelo de privilegiamento dos produtores privados de serviço, abolindo-se também as restrições previstas no documento de agosto quanto à atuação concomitante do profissional no subsistema público e no privado (como fiscalizador e fiscalizado), e alterando-se a concepção a respeito da participação comunitária, em direção a uma visão meramente instrumental. Senão vejamos. No documento de agosto lia-se:

“A participação comunitária é um componente fundamental do desenvolvimento político da sociedade. Não pode, portanto, ter um caráter apenas setorial, e devendo, ao contrário, permear todos os processos sociais que se desenvolvem no País. A institucionalização da participação comunitária com o objetivo de captar o apoio e cooperação da população, ou seu entendimento apenas como uma forma de diminuição dos custos, são concepções contraditórias com a essência democrática da participação...”

No documento de setembro, a questão era tratada da seguinte forma:

“Na medida em que o Programa se identificar com a comunidade, haverá maior participação efetiva da mesma e o conseqüente desenvolvimento comunitário. Essa atividade participativa contribuirá para a expansão e a melhoria do atendimento e permitirá, dessa forma, a superação de eventuais manifestações de insatisfação gerada por desempenhos deficientes dos serviços de saúde”.

O debate travado em torno das duas versões do PREV-SAÚDE explicitou o posicionamento dos diferentes grupos de interesse envolvidos na área da saúde, especialmente da assistência previdenciária, propiciando o delineamento preciso da sua estrutura de poder. É pela riqueza deste projeto como elucidador das relações de poder existentes no âmbito da assistência médica previdenciária que, em anexo a este capítulo (ANEXO PREV-SAÚDE = IDEOLOGIA E PODER) resumimos as posições de 13 dos principais documentos que foram enviados ao Ministro da Previdência como resposta ao PREV-SAÚDE.

É importante observar, em primeiro lugar, o caráter predominantemente ideológico dos documentos, através dos quais as entidades representativas posicionavam-se frente ao projeto de mudança. As principais polarizações dentro do debate diziam respeito à proposta de mudança direcionar-se para estatização/privatização, centralização/regionalização, participação/manipulação. Assim, o projeto era visto globalmente, ou como uma radical estatização do setor, com todas as suas implicações, ou como um conjunto de medidas racionalizadoras que apenas alcançariam frear a demanda não atendida pelo setor privado, evitando assim o colapso que se antevia.

Na verdade, as diferentes interpretações do PREV-SAÚDE não decorreram exclusivamente do fato do projeto ter sido alterado significativamente. Mais do que isto, a própria alteração da primeira para a segunda versão é um indicador da natureza do processo de luta ideológica, em torno de grandes modelos de orientação da assistência médica no País. Nenhuma medida mais concreta do que a enunciação de projetos foi tomada em qualquer momento deste processo, e foi em torno do discurso que se travou o debate. Esta primeira manifestação da crise estrutural que corrói a Previdência Social, já há algum tempo, apareceu como crise de ideologias, propiciando um realinhamento dos atores sociais envolvidos no campo em que esta batalha foi travada. Na verdade, esta primeira manifestação como crise de ideologias torna-se compreensível se a inserirmos na transição de um período autoritário para uma abertura democrática, e tomamos em conta a longa ausência de debate político e a necessidade de cada ator articular melhor o seu próprio discurso.

Uma evidência dessa necessidade é encontrada na análise dos documentos resumidos no anexo, visto que as polarizações apontadas não alcançaram separar os atores em blocos homogêneos. Ao contrário, em um primeiro momento, dividiu os setores oposicionistas quanto ao grau de aceitação ou recusa ao projeto (vide discussão travada no CEBES) e explicitou interesses divergentes no interior dos setores empresariais (vide anexo a posição da ABRAMGE que procura aproveitar-se da perda de hegemonia da FBH), e deixou a descoberto posições, no interior do aparelho de

Estado, cujo autoritarismo já não era mais capaz de esconder os interesses que as moviam (vide anexo documento da Previdência do INAMPS).

Uma grande ausência neste debate são certamente os trabalhadores, que só aparecem como terceiros, paradoxalmente mencionados nos documentos dos representantes empresariais que passam a “advogar em sua defesa”, não concordando com a utilização dos recursos previdenciários para assistência à população não previdenciária.²¹

Resumindo, a trajetória do PREV-SAÚDE é um espelho das contradições que atravessa a sociedade brasileira neste momento: gestado como projeto tecnocrático de cunho progressista é abortado antes de ser oficialmente sancionado, como resposta a pressões dos setores capitalistas e seus elos de ligação no interior da burocracia estatal, sendo reescrito em uma segunda versão, que altera fundamentalmente a filosofia reformadora proposta no primeiro projeto, não alcançando com essa segunda versão a adesão de qualquer dos grupos interessados. É neste momento que se instaura um processo de discussão do projeto, o que melhor configura uma tática não-decisória pelo Ministro da Previdência do que a busca de apoio técnico político a partir do debate democrático. Ao final, restou do PREV-SAÚDE o resultado deste debate, no qual cada grupo, setor ou movimento da área de saúde, definiu e consolidou sua posição vis-à-vis aos demais componentes do sistema, avaliando e reavaliando sua estratégia de ação política. Porque uma coisa parece ter ficado clara para todos: a crise previdenciária se aprofundava, as possibilidades de solução achavam-se politicamente limitadas, e os argumentos técnicos que embasaram a proposta original tenderiam a voltar ao debate.

21. A apontada ausência dos trabalhadores na cena política na qual, diretamente, vêm sendo traçados os rumos da política de saúde e decididas as questões mais gerais relativas à Previdência Social, ocorre apesar da existência de uma agenda de reivindicações, consistentemente elaboradas e aprovadas pelas lideranças sindicais na primeira CONCLAT. Na declaração de princípio dessa reunião, os trabalhadores denunciam a manipulação dos recursos previdenciários contra os interesses do trabalhador, e reafirmam sua luta pela democratização da saúde. Com relação às medidas específicas destacam: um elenco de propostas com relação aos benefícios concedidos aos trabalhadores urbanos e rurais, propostas sobre o funcionamento da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes — CIPA, medidas relativas ao acidente do trabalho rural, outras sobre as garantias ao aposentado, ainda sobre a legislação previdenciária e, finalmente, um conjunto de medidas propostas para a assistência médica previdenciária. O documento termina propondo medidas concretas quanto à administração da Previdência Social, destacando aquelas relativas ao custeio e à gestão.

Segundo Movimento: A Crise Financeira — 1981

A chamada crise financeira da Previdência Social caracterizou-se pela existência de um déficit crescente a partir de 1980, atingindo neste ano os 40 bilhões de cruzeiros, sendo que, no início de 1981, no ápice da crise, já superava a casa dos 150 bilhões. A esta época, as projeções existentes previam a elevação do déficit a mais de 200 bilhões até o final de 1981, representando 1/6 do orçamento total para 1981, e mais de 400 bilhões para fins de 1982.

Se para nós a crise previdenciária é parte de um processo amplo e contraditório que se aprofunda nos meados da década de 70, em decorrência da impossibilidade de atender às demandas político-sociais colocadas nesta conjuntura, a partir do modelo de atenção médica implantado no pós-64, a face da crise que vem a ser conhecida e amplamente debatida pela sociedade é a sua expressão financeira. Embora vários estudos já apontassem esta contradição básica, caracterizando a situação previdenciária como de crise estrutural crônica, foram os setores governamentais que vieram a público, em 1981, decretar a falência virtual do sistema.

Sem pretender fazer aqui um estudo exaustivo da crise financeira e suas implicações, até mesmo porque isto já foi feito anteriormente (Oliveira, 1981), procuraremos, no entanto, responder a três ordens de questões envolvidas neste processo de agudização da crise:

a) Que fatores externos ao sistema previdenciário circunscreveram o espaço sociopolítico no qual a crise se desenrolou?

b) Como os fatores internos, responsáveis pela dinâmica do sistema, atuaram no acirramento da crise?

c) Que medidas, dentre as muitas propostas para solução da crise, foram promulgadas e implementadas?

Como resposta à primeira questão, Braga e Silva defendem a tese de que

“a agudização da crise financeira do sistema é um produto direto da situação econômica fortemente recessiva criada pela atual política econômica”.

As evidências apresentadas por estes autores em defesa de sua tese são fortemente consistentes e convincentes do

papel de variáveis contextuais sobre o sistema previdenciário. Senão vejamos: em primeiro lugar, constatam que o sistema previdenciário encontrava-se estabilizado até 1979, tendo sua crise financeira emergido em 1980, coincidentemente com a adoção da política econômica recessiva. Em prova deste argumento os autores encontram dados na evolução recente da situação financeira do SINPAS, onde constata-se que só em 1980 a razão receita/despesa veio a apresentar déficit, da ordem de 46.8 bilhões correntes.. A tendência declinante, no entanto, evidencia-se desde 1977, sendo que, do ponto de vista das receitas, explica-se esta desaceleração seja pela redução do ritmo de crescimento do emprego, a partir de 1976, seja pelo esgotamento das fontes de novas receitas representadas pela incorporação de setores da força de trabalho à população contribuinte.

Esta desaceleração da receita encontrou correspondência nas despesas previdenciárias, mantendo assim o sistema em equilíbrio até 1980, quando a receita continuou a cair e a despesa chegou à sua maior possibilidade de contenção.

Desta forma (Braga e Silva, 1981), concluem:

“A queda dos salários reais e a redução do crescimento do emprego desaceleram, já em 1980, a receita de contribuições que, nesse ano, apresentou uma taxa real negativa de 6%. O aprofundamento agudo do processo recessivo em 1981 agravou intensamente o desequilíbrio, com a queda ainda mais acentuada do nível real da receita. A recessão vem provocando, além da queda real das contribuições dos autônomos e assalariados, um forte aumento das sonegações por parte dos empregadores (inclusive das empresas públicas). Por sua vez, a União, que já vinha diminuindo suas transferências para o sistema, reduziu-as significativamente em 1980, ao nível de apenas 3,4% (quando no período 1970/73 a sua participação no financiamento fora de quase 10%)...” (participação da União na Receita Total do FPAS).

Este último dado torna-se mais chocante quando comparado à situação internacional, onde, numa pesquisa realizada em mais de 50 países, constatou-se uma média de participação do Estado na receita previdenciária superior aos 40% da arrecadação (Braga e De Paula, 1981).

Em relação à segunda questão que nos colocamos inicialmente, sobre a dinâmica interna do sistema previdenciário, deveríamos em primeiro lugar explicitar que compreendemos por “interno” não a exclusão das articulações

do sistema previdenciário com outras instituições e agentes, mas sim a análise que privilegia o modo e lugar destas articulações no interior do sistema previdenciário.

Desta forma, estamos interessados em demonstrar, neste momento, por que uma crise estrutural encontra sua maior expressão enquanto crise financeira; quais os mecanismos responsáveis por esta transfiguração.

Como vimos afirmando diversas vezes, a crise previdenciária origina-se na contradição estrutural de um sistema em crescente expansão, em decorrência de determinações políticas, sem que este processo tenha sido acompanhado de qualquer alteração no mesmo sentido, na restrita base financeira deste sistema. Do ponto de vista das relações sociais esta contradição expressa-se por uma superposição antagônica entre a crescente absorção de faixas cada vez mais extensas da população coberta pela proteção social do Estado, principalmente através do MPAS, em direção a um modelo de cidadania universal, e a manutenção de um regime financeiro cujos mecanismos inspiram-se no modelo de relação contratual, no qual a cidadania encontra-se restringida aos efetivos contribuintes do sistema.

Fica assim evidente que, dada a natureza da contradição que dinamiza o sistema previdenciário, a agudização da crise em uma conjuntura político-econômica muito desfavorável assumiria necessariamente uma feição de crise financeira, apontando para a falência total do sistema, baseado em relações antagônicas.

O processo histórico no qual esta contradição evolui remonta ao pós-45, onde assistimos à progressiva incorporação dos trabalhadores à estrutura corporativa estatal, via IAP's, sendo que o avanço nos planos de benefícios, embora variando em velocidade de acordo com a força política das categorias, tendeu progressivamente para a unificação (legal com a LOPS e real com o INPS). O regime autoritário do pós-64 não abre mão do canal de legitimação representado pela Previdência Social, aprofundando o processo de extensão da cobertura dos benefícios previdenciários, e conformando um Estado do Bem-Estar Social de natureza perversa, na medida em que, ao contrário dos modelos euro-

peus, esta ampliação da cidadania foi e continua sendo basicamente custeada pelos assalariados.

Ademais dos aspectos morais, as conseqüências deste sistema vão se fazer sentir na queda progressiva da receita previdenciária, seja com a diminuição da contribuição da União, seja ainda porque a contribuição das empresas como porcentagem da folha de salários acarreta a diminuição relativa da participação empresarial. Isto porque, com a tendência das economias industrializadas a substituir trabalho por tecnologia, aumentando a produtividade, a contribuição empresarial baseada na folha salarial, além de penalizar as empresas de pequeno e médio porte, absorvedoras de mão-de-obra, tende a diminuir relativamente ao faturamento da empresa.

Além dos problemas apontados com relação à *arrecadação* do sistema previdenciário, outros devem ser analisados com respeito à *gestão* dos recursos captados.

Um primeiro aspecto da gestão ficou conhecido na imprensa como o mecanismo de "caixa dupla" que a Previdência Social mantém com a rede bancária. Até algum tempo atrás a Previdência utilizava-se, para o recolhimento das contribuições e pagamento dos benefícios e serviços prestados, da rede de coletorias públicas. Depois passou a utilizar-se, para este fim, da rede bancária pública e privada, obtendo vantagens na aceleração e desburocratização do processo. Como pagamento pelos serviços prestados, a Previdência paga à rede bancária uma taxa de administração, que é o comum para este tipo de serviço. No entanto, o problema começa a aparecer quando observamos que em cada banco existem duas contas paralelas e separadas em nome da Previdência Social. Na conta da "entrada" são depositados os recursos arrecadados a partir das contribuições mensais dos segurados e das empresas. Na conta da "saída" o banco paga os benefícios e serviços.

É facultado aos bancos reter os recursos arrecadados na primeira conta durante alguns dias, investindo-os antes de repassá-los à segunda conta, sem pagar correção ou juros por esta aplicação. Entretanto, como os bancos pagam as pensões e aposentadorias, mais os serviços comprados, mesmo quando a segunda conta não tem saldo para cobri-

los, sacando no *vermelho*, registram neste caso os valores pagos como empréstimos à Previdência, sobre os quais são cobrados juros bancários. Este pagamento de juros aos bancos atingia em 1981 aproximadamente *100 milhões de cruzeiros por dia*, engrossando cotidianamente uma dívida acumulada com os bancos que atingia, a essa época, a casa dos *100 bilhões de cruzeiros*. Lucram assim os bancos duplamente com o mecanismo estabelecido. Por um lado, pela possibilidade de reter por alguns dias os recursos previdenciários em seu poder e investi-los como lhes for conveniente. Por outro lado, pela cobrança de juros sobre uma dívida que é como vimos, com frequência, mero resultado de uma operação contábil.

Um segundo ponto a ser observado com relação à gestão dos recursos previdenciários, embora não se aplique a uma situação deficitária, pode explicar como, ao longo dos anos, vão sendo criadas as condições de emergência de uma crise financeira. Trata-se da prática, adotada por muitos governos, de destinar recursos previdenciários para implementação de grandes projetos em áreas de interesse político e/ou econômico do Estado. Esta aplicação não implica em um investimento vantajoso, mas sim, ao contrário, em uma forma de descapitalização das reservas previdenciárias.

Foi assim que, nos anos 30 e 40, recursos financeiros da Previdência foram aplicados na criação de empresas estatais ou mistas, como a Companhia Siderúrgica Nacional, a Companhia Nacional de Alcalis, a Fábrica Nacional de Motores, a Companhia Hidroelétrica do Vale do São Francisco, etc. Também nos anos 50 os recursos previdenciários foram utilizados na construção de Brasília e talvez, mais recentemente, nos anos 70, tenham sido usados na construção da Ponte Rio-Niterói e da Transamazônica, como comentam os jornais.

Se hoje o Brasil já possui outros mecanismos de poupança compulsória (FGTS, PIS/PASEP), que continuam financiando projetos como os acima relatados, não se deve deixar de mencionar a descapitalização ocorrida nas fases em que a Previdência apresentou superávits, na medida em que evidenciam o caráter político da gestão dos recursos previdenciários. O que temos procurado demonstrar é exa-

tamente esta ligação dos aspectos atuariais/administrativos/financeiros a interesses políticos, sendo que importa conhecer quais são os interesses contemplados, e quais os que têm sido sistematicamente excluídos através das decisões políticas e dos mecanismos institucionais.

O terceiro fator que funciona, do ponto de vista dos mecanismos internos, como agravante da crise, foi por nós extensamente analisado sob a denominação de “modelo de privilegiamento dos produtores privados de serviços de assistência médica”. Temos buscado salientar ao longo deste trabalho a natureza perversa do processo de capitalização da medicina previdenciária, cujos mecanismos de repasse dos recursos previdenciários aos produtores privados realiza-se através de instrumentos corruptores, com consequências danosas à saúde dos pacientes, orientando-se pela lucratividade exacerbada em detrimento da ética e das reais necessidades da população.

A evidência destas afirmações parece ser tão reconhecida atualmente na sociedade que, nem bem deflagrada a crise financeira, criou-se um consenso em torno da tese de que o problema central, causador da crise, localizava-se na área de assistência médica.

Esta nos parece ser uma conclusão parcial e apressada de uma problemática tão complexa, em suas múltiplas determinações, como a que vimos demonstrando. Ao contrário, Braga e Silva afirmam: “É importante chamar a atenção aqui para o comportamento dos gastos com assistência médica (INAMPS), *que ao contrário dos depoimentos governamentais, encontram-se estabilizados desde 1977 em termos de taxas de crescimento reais* (com o que sua participação no total das despesas do SINPAS decresceu de 31,6% em 1976 para 27,3% em 1980)”.

Segundo nossas análises da assistência médica previdenciária o modelo atualmente implantado na Previdência Social é corruptor, incontrolável, sofisticado, atendendo prioritariamente as necessidades de reprodução do capital e não às reais necessidades de saúde da população, o que o torna inviável e oneroso, não podendo fazer frente às crescentes demandas por cuidados médicos, que cada vez mais têm que ser acolhidas no sistema previdenciário.

No entanto, concordamos com aqueles que procuram demonstrar a falácia de se identificar no modelo de assistência médica o *único e primordial* fator causador da crise financeira. Ao contrário, parece-nos que o consenso rapidamente estabelecido sobre este ponto teve como principal efeito um ocultamento de outros fatores causais que não foram tocados.

Setores tão diversos como a própria Presidência da República, ministros da área social e econômica (Delfim Netto, Ernani Galvêas, Hélio Beltrão, Jair Soares), parlamentares do PDS e das oposições; governadores, empresários e representantes do empresariado de diversas áreas, sindicatos e federações de trabalhadores, sindicatos médicos, a imprensa, e mesmo a ABRAMGE (Associação Brasileira das Empresas de Medicina de Grupo — setor conveniado) vieram a público criticar e denunciar em diferentes níveis os problemas e deturpações existentes na área dos contratos da Previdência com os hospitais privados. E os jornais passaram a encher-se de denúncias de fraudes, corrupções, desvios diversos, e o anúncio de inquéritos e auditorias nesta área.

A Federação Brasileira de Hospitais (FBH), de outro lado, procurou rebater como podia as acusações que lhe foram feitas de desmandos ao nível da prestação de assistência médica, eximindo-se assim da principal responsabilidade na crise financeira.

Curiosa é a posição da ABRAMGE que, como parte do subsistema conveniado da Previdência, minoritário em relação ao contratado, engrossa a fileira de acusações à assistência médica previdenciária, aproveitando a oportunidade para se colocar como alternativa mais racional e econômica.

Resta mencionar que, neste debate, aqueles setores mais críticos em relação à assistência médica previdenciária — intelectuais, trabalhadores, entidades classistas e profissionais — seguiram criticando a privatização da Previdência, sendo que, no entanto, muitos dentre eles não aceitaram a pecha de principal causador do rombo da Previdência, procurando ademais defender o setor de corte de verbas. É certo, no entanto, que esta privatização contribuiu à cronificação da crise, somando-se a todos os demais fatores na eclosão da sua fase aguda.

Finalmente, a terceira questão a ser tratada com relação à crise financeira é o elenco de medidas pelas quais a crise foi tratada.

Em primeiro lugar é importante observar que este “tratamento” tem início com o próprio fato do governo assumir como estratégia o alardeamento da crise previdenciária. Poucos assuntos nas políticas públicas foram tão despu-doradamente devassados pela opinião pública nos anos recentes. Esta estratégia difamatória, se por um lado criou na opinião pública a necessária aceitação para medidas contencionistas mais drásticas, ameaça criar um efeito bumerangue na medida em que a opinião pública começa a ver a administração da Previdência como ineficiente e irracional.

Por outro lado, a abertura do debate na imprensa propiciou o surgimento de propostas as mais variadas, tais como a extinção das caixas duplas nos Bancos, a mudança do critério de contribuição dos empresários de uma porcentagem sobre a folha de salários para uma porcentagem sobre o faturamento das empresas, a reversão do modelo de assistência médica, quer pela priorização do setor público para uns, quer pela sua total privatização por meio das companhias de seguros para outros. Foram também propostas medidas como o aumento da contribuição da União e a passagem do Ministério da Previdência e Assistência Social para o Ministério da Saúde. Passado algum tempo, ao lado do aprofundamento da discussão, com o surgimento de propostas que ameaçavam interesses de vários setores poderosos da sociedade, consolidava-se a acusação de incapacidade do governo para administrar a crise. Foi a partir deste ponto que os interesses dos diversos setores governamentais, associados aos interesses dos bancos, aos do empresariado mais poderoso economicamente, e contando com o apoio de empresários da Medicina de Grupo, convergiram suas críticas e soluções para o setor contratado pela Previdência Social para prestação de assistência médica, representado pela FBH. Este setor empresarial, além evidentemente do seu papel de beneficiário mais direto do sistema e sua contribuição efetiva para a crise financeira, é dentre os setores capitalistas envolvidos o que se apresenta mais débil. Embora tenhamos, ao longo dos últimos 10 anos, demonstrado a força política da FBH como repre-

sentante dos interesses dos empresários da saúde contratados pela Previdência, é de se notar que este setor capitalista floresceu muito recentemente, sendo exclusivamente dependente do Estado na sua constituição e dinâmica. Trata-se, frente aos outros capitalistas envolvidos, de um gigante de pés de barro, sendo portanto o mais alvejado por todos os demais. Desta forma, das medidas propostas para solucionar a crise financeira, a que alcançou maior consenso foi a criação de um Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária, com vista a racionalizar a prestação de assistência médica e seus custos crescentes.

Antes de passar à análise das medidas tomadas pelo governo para fazer frente à crise financeira, torna-se fundamental percorrermos a trajetória política, ao longo da qual foram sendo definidas as possibilidades e limites da intervenção governamental no sistema.

Em uma primeira instância foram sendo eliminadas um conjunto de medidas propostas, objetivando aumentar a receita previdenciária, ou visando reduzir a despesa do sistema. Da mesma forma foram eliminadas outras propostas que visavam, por meio de arranjos institucionais, ou corrigir disfunções do sistema, ou fortalecer grupos econômicos com participação minoritária na distribuição dos recursos previdenciários. É importante ressaltar que, embora cada uma das propostas envolvesse aspectos técnico-operativos que comprometiam sua viabilização, o processo decisório pautou-se principalmente pela consideração do impacto político de cada uma das medidas, considerando-se que seriam aplicadas em um ano eleitoral com as características peculiares de ser uma eleição onde seriam revitalizados os instrumentos institucionais democráticos.

Assim, em um primeiro momento, foram eliminadas as propostas de:

— Término do sistema de “Caixa dupla” na rede bancária, unificando-se as contas da Previdência Social;

— Cobrança de uma contribuição dos bancos, sob a alegação de que os mesmos foram grandemente beneficiados pela crise econômica do País e financeira da Previdência;

— Estabelecimento de um imposto adicional sobre todas as importações;

— Criação de um adicional ao Imposto de Renda para as faixas de contribuição mais elevadas;

— Extensão do mesmo sistema de contribuição do trabalhador urbano para os trabalhadores rurais;

— Passagem do seguro obrigatório de acidentes de automóvel, das seguradoras privadas para a Previdência Social;

Especificamente com relação à prestação de assistência médica foram também eliminadas, em primeira instância, as propostas de:

— Incorporação do Ministério da Previdência e Assistência Social ao Ministério da Saúde, revertendo o modelo de prestação de assistência médica, privatizante, vigente na Previdência Social, em direção a um modelo de extensão da cobertura, com base na atenção primária, integração de medidas preventivas e curativas, descentralização e hierarquização dos serviços. Em suma, a reedição ampliada do PREV-SAÚDE, defendida pelos profissionais da área de saúde coletiva e pelo Ministério da Saúde.

— Redefinição das prioridades do Complexo Médico Previdenciário. A Associação Brasileira de Medicina de Grupo, representante das empresas médicas conveniadas, assumiu a crítica ao setor contratado/credenciado, procurando apresentar-se como alternativa mais barata e racional. Propôs a extensão dos “convênio-empresa”, ampliando a sua parcela na distribuição dos recursos previdenciários, sob a alegação de que os convênios por pré-pagamento permitem maior previsão e racionalização no uso dos recursos destinados à assistência médica. Esta proposta implica na manutenção do modelo vigente, apenas alterando parcialmente suas prioridades, dado que a possibilidade de obtenção de lucros pelas empresas médicas é condicionada à cobertura de uma clientela de maior poder aquisitivo e melhores condições de saúde.

— Uma terceira linha de preposições para a reorganização da assistência médica previdenciária vinculou-se claramente aos interesses das companhias seguradoras privadas.

Esta proposta foi apresentada pelo Instituto de Resseguros do Brasil e corresponde, em síntese, à eliminação da assistência médica do plano de benefícios e serviços da Previdência, impondo-se em seu lugar o seguro-saúde privado, compulsório. Ou seja, uma privatização “à chilena”, o que acabaria implicando no aumento da contribuição dos beneficiários (uma para benefícios, outra para o seguro-saúde), além de possuir a mesma lógica contencionista dos atos médicos), necessária à lucratividade em sistemas de pré-pagamento.

— Finalmente, foi também proposto o pagamento, pelo segurado, de parte do custo total do ato médico a que se submeter. Ou seja, o segurado pagaria duplamente ao mesmo ato médico.

Na medida em que cada uma destas medidas mobilizou fortes resistências dos grupos organizados, ou poderia vir a representar um custo político muito alto para o governo, foram progressivamente sendo descartadas.

Finalmente, quando o governo encaminhou ao Congresso seu projeto de lei alterando a legislação previdenciária, o Presidente da República, João Figueiredo, dirigiu-se à população através de uma cadeia nacional de rádio e televisão para justificar as medidas propostas. A justificativa baseava-se fundamentalmente na recusa, por parte do Presidente da República, de algumas das sugestões insistentemente difundidas mesmo por seus ministros, mas que penalizariam demais os trabalhadores ou empresários. Assim foram recusadas as sugestões de elevar em 25% (de 8% para 10%) os descontos de empregados e empregadores; a extensão do tempo de serviço para aposentadoria de 35 anos de serviço para 60 anos de idade; a eliminação de benefícios como auxílio natalidade, funeral e salário-família; a taxação em 1% sobre o faturamento das grandes empresas ou em 1,5% do faturamento das que operam com grande índice de tecnologia e baixa absorção de mão-de-obra.

O projeto de lei enviado ao Congresso propunha (conforme resume Braga e Silva, 1981):

a) eliminação dos 10% adicionais do Índice Nacional de Preços ao Consumidor (INPC) no reajuste dos valores dos benefícios em manutenção, pagos pelo INPS aos aposentados que recebem entre 1 e 3 salários mínimos;

b) aumento do teto máximo do salário de contribuição, para fins de aposentadoria, de 15,5 para 20 salários mínimos;

c) suspensão da aposentadoria ao segurado aposentado por tempo de serviço que retornar à atividade, que passará a receber um abono mensal, durante o período de trabalho, equivalente ao abono de permanência em serviço, sem prejuízo das vantagens adquiridas, mas voltando a contribuir para a Previdência Social.

d) o início do pagamento das aposentadorias aos segurados empregados em regime CLT não mais se dará na data do requerimento do benefício e sim quando o segurado deixar a empresa ou em até 180 dias após o seu desligamento;

e) a alocação de recursos do Fundo de Previdência e Assistência Social passará a ser aprovada por decreto presidencial obedecidas as diretrizes de custeio dos programas;

f) criação do Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária (CONASP) com "participação" na gerência dos serviços de assistência médica.

Braga e Silva (1981) concluem que:

"das seis medidas, quatro delas (a, b, c, d) destinam-se a reduzir as despesas do sistema, com impacto significativo nos rendimentos dos aposentados em geral, e em particular daqueles que se situam na faixa de 1 a 3 salários mínimos".

Ou seja, a política governamental, além de manter o mesmo esquema de financiamento, baseado fundamentalmente na contribuição dos trabalhadores, com esta nova opção atribuiu o ônus da crise à fração mais débil e desorganizada dos trabalhadores, os aposentados.

A tramitação deste projeto de lei merece ser examinada na medida em que descreve o quadro político responsável pela alteração da forma e conteúdo desta primeira proposta governamental que vimos analisando.

Este projeto de lei deveria ter sido votado no Congresso juntamente com o projeto que estendia a sublegenda para as eleições de governadores. Ambos os projetos enfrentaram forte oposição, até dos parlamentares governistas, seja pelo seu caráter flagrante de injustiça, seja pelo prejuízo que viria a representar em termos eleitorais para aqueles que os apoiassem.

Um fato importante é que ambos os projetos, altamente polêmicos, transitavam pelas instituições democráticas, inaugurando uma nova fase no novo processo político. Ademais a votação ocorreu na ausência do Presidente da República do País, tendo o vice-presidente civil assumido o cargo,

depois de longos anos de afastamento dos civis das posições executivas.

Foi neste clima de revitalização democrática que o projeto da sublegenda foi votado e rejeitado pelo Congresso, e a votação do projeto da Previdência foi adiada sob protestos da oposição. Com o retorno do Presidente da República, a oposição procurou negociá-lo, desde que o governo abrisse mão das medidas que penalizavam os aposentados.

Finalmente, o presidente, através de Decreto-Lei, baixou um “pacote previdenciário”, onde além de elevar as alíquotas de alguns poucos produtos importados considerados supérfluos e autorizar o Tesouro a emitir ORTN's no valor de Cr\$ 180 bilhões para cobrir o déficit de caixa da Previdência com a rede bancária, alterava a legislação a respeito das contribuições nos seguintes pontos:

- Os aposentados e pensionistas passarão a contribuir para a Previdência Social, numa escala progressiva de 3% a 5% do valor do benefício;
- Os funcionários públicos estatutários elevarão sua contribuição de 5% para 6% dos seus vencimentos;
- As empresas contribuirão com 10% sobre as folhas de salário ao invés dos anteriores 8%;
- É aumentada, com base numa tabela salarial progressiva, a contribuição dos empregados, passando a recolher de 8,5% para os que têm salário igual ou inferior a 3 salários mínimos regionais a 10% para os que recebem salários acima de 15 vezes o salário mínimo regional.

Este pacote repercutiu muito na sociedade pelo seu caráter de instrumento de força, retrocedendo no processo democrático recém-retomado, e mais ainda pelas medidas propostas que não atenderam às críticas recebidas unanimemente com relação ao primeiro projeto. Isto porque as medidas atuais continuaram, de outra forma, penalizando os aposentados, os trabalhadores em geral. Com relação às empresas o próprio governo reconheceu que não tinha meios para impedir o repasse do aumento para os consumidores e limitou-se a solicitar que não o fizessem. Foram também

mantidas as disposições quanto à criação do CONASP, do qual se espera a redução dos custos da assistência médica.

Finalizando, este ato da crise previdenciária — sua crise financeira — conclui-se com a reordenação do espaço político no qual se inscreve a assistência médica previdenciária, com os atores políticos cada vez mais organizados, claramente posicionados marcando os contornos da estrutura de poder no setor saúde, com diversas propostas colocadas na mesa, e, como consequência, com um espaço cada vez menor para uma atuação arbitrária dos órgãos governamentais. Ou seja, o que fica claro é que, desde que as medidas tomadas não alteraram as condições de manutenção da contradição que corrói o sistema previdenciário, é de se esperar que a crise reapareça, talvez com outra face, e, especialmente, em um contexto político no qual torna-se cada vez mais difícil conciliar posições divergentes ou arbitrar a crise pela força.

Mesmo o aspecto financeiro da crise não parece ter sido debelado na medida em que o cerne da questão — aumento da receita — não foi colocado, tendo o pacote previdenciário se voltado prioritariamente para a contenção de despesas.

Assim a primeira providência tomada cuidou de limitar os gastos do INAMPS como parte do total de gastos do SINPAS, sendo os primeiros progressivamente limitados e mesmo diminuídos. A participação do INAMPS nas despesas da Previdência Social caiu de 30% em 1976, para 24% em 1981, e aproximadamente 20% em 1982 (*Estado de São Paulo*, 28/7/1982). Em 1981 o orçamento do INAMPS foi de 360 bilhões, tendo sido reajustado para 604 bilhões para 1982, ou seja, um reajuste de cerca de 70%, quando a inflação superou os 100%, o que representou um decréscimo real significativo, apesar dos protestos veementes da Federação Brasileira de Hospitais.

No entanto, em agosto do ano seguinte (1982) já se previa que tal orçamento seria deficitário, necessitando ser suplementado no último trimestre. Nesta mesma época foi aprovado o orçamento do SINPAS para 1983, que ficou em torno de 5 trilhões de cruzeiros, o que correspondeu a um aumento de quase 80% em relação às despesas do

ano anterior (*O Globo*, 17/8/82), ou seja, novamente ficando abaixo da taxa de inflação para o período, implicando redução real do orçamento previdenciário.

Em artigo na imprensa, Fernando Martins (*JB* de 23/7/82) defende a tese de que se o PIB crescer à taxa de 5% até 1985 a receita do sistema previdenciário terá um aumento de 6% ao ano, insuficientes para cobrir as despesas com os benefícios. Para não ter déficit, a receita previdenciária teria que subir em média 7,3% ao ano, até 1985, o que não parece provável no contexto da crise econômica mais geral que atravessamos.

Estes dados seriam originários de estudo de um grupo interministerial que prevê para a mesma época um crescimento real da despesa de aproximadamente 10% ao ano, o que implicaria em termos a Previdência deficitária a partir de 1983, como vemos no quadro abaixo:

Estimativas do Déficit Previdenciário

Cr\$ Bilhões em 1982			
Ano	Receita 1	Despesa	Saldo no ano
1982	2.875.0	2.874.0	+ 1,0
1983	3.132.0	3.163.0	- 31
1984	3.323.0	3.436.0	- 113
1985	3.525.0	3.737.0	- 212

1. Menos transferências da União para cobertura do déficit

Fonte: Consolidação Plurianual de Programas de Governo.

Um fator agravante deste quadro é que o crescimento das despesas com assistência médica não parece ser passível de controle, mantido o modelo atual de financiamento aos hospitais contratados. Senão vejamos: De 1979 a 1980, apesar do reajuste dos preços por parte do INAMPS ter sido de apenas 75,6% o crescimento da despesa com serviços médicos contratados a hospitais aumentou em 101,2%, enquanto a receita do SINPAS cresceu 89%, mesmo tendo o valor da U.S. sido contido através de um reajuste no período, de apenas 66,9%. Seja pela incorporação crescente de tecno-

logia sofisticada, seja pela elasticidade ilimitada da demanda, seja ainda pelas fraudes, ou pela baixa produtividade, certo é que os gastos continuaram crescendo.²²

Enfim, a ameaça da crise financeira já está recolocada, evidenciando a falência dos instrumentos contencionistas adotados. Como o déficit não pode atingir o setor de benefícios, é de se esperar que seja canalizado para a área de assistência médica, intensificando os cortes do orçamento do INAMPS. Contra estes cortes tem-se insurgido a principal interessada, a FBH, que propõe, ao contrário, que se aumente a receita com a contribuição do governo em torno de 33%, voltando o INAMPS a receber 25% do orçamento do SINPAS.

Na verdade, não parece existir qualquer chance de que a contribuição da União seja aumentada diretamente, e nem mesmo através da captação imediata de recursos do recém-criado Fundo do Desenvolvimento Social — FINSOCIAL — gerenciado pelo BNDES.

Assim, todas as esperanças de que não haja uma deteriorização da assistência médica previdenciária, e sobretudo da sua expansão de cobertura, correm por conta da possibilidade de que medidas racionalizadoras, de natureza político-institucional, a serem promulgadas pelo CONASP, barateiem devidamente o custo da assistência médica previdenciária.

Terceiro Movimento:

A Crise Político-Institucional. CONASP — 1982²³

O Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária (CONASP) foi criado em 2/9/81 através do Decreto n. 86.329 do Presidente da República como órgão do Ministério da Previdência e Assistência Social, com a competência de operar sobre a organização e aperfeiçoamento da assistência médica, sugerir critérios de alocação de recursos previdenciários para este fim, recomendar políticas de

22. Dados retirados do Documento: *“uma proposta global de reorganização do setor saúde no Brasil”*, sem indicação do autor 1982, mimeogr.

23. Uma sùmula de todos os documentos aqui tratados pode ser encontrada no n. 2 do Projeto RADIS da Escola Nacional de Saúde Pública.

financiamento e de assistência à saúde, analisar e avaliar a operação e o controle da Secretaria de Assistência Médica da Previdência Social.

O CONASP foi composto por um presidente, personalidade médica de “notório saber”, Dr. Aloysio Salles, e por 14 membros escolhidos pelo Presidente da República em lista quintupla apresentada pelos órgãos representativos de classe. São eles os Ministérios: Previdência e Assistência Social, Saúde, Trabalho, Educação e Cultura, Fazenda, Desburocratização, Planejamento; e as Confederações Nacionais da Indústria, do Comércio, dos Trabalhadores da Agricultura e do Conselho Federal de Medicina. Embora tenha sido criticado pela sub-representação da classe trabalhadora (7 representantes governamentais, 3 representantes patronais, 2 representantes da área médica e 3 representantes dos trabalhadores) pela preservação da representação corporativa (Braga e Silva, 1981), pela falta de representação sindical médica (Federação Nacional dos Médicos), ou mesmo pelo caráter meramente opinativo do Conselho, esta promessa de racionalização foi, como vimos, a medida que obteve maior consenso. Contou, evidentemente, com as ressalvas da FBH, maior beneficiário do sistema, que viu como ameaça à sua hegemonia e superfaturamento qualquer proposta de racionalização. Mas contou com o apoio dos técnicos, profissionais e setores da população, além de obter o apoio, dentre os capitalistas, da ABRAMGE, que vê na contenção aos gastos com o setor contratado a possibilidade de aumentar sua participação como alternativa mais programável de prestação de assistência médica previdenciária.

Além das medidas já mencionadas de redução dos gastos com assistência médica no total do orçamento previdenciário, o CONASP promulgou, como primeira medida racionalizadora, a Portaria n. 3.046, de 20 de julho de 1982, que pretende disciplinar o atendimento médico-hospitalar entre hospitais conveniados. Trata-se da restrição do número de consultas de 4,5 por ano por segurado, para 2 por ano, além de estabelecer a taxa máxima de 5 exames para cada cem consultas médicas.

Embora a FBH encha os jornais de denúncias contra o CONASP — tais como as palavras do seu presidente ao *JB* de 27-7-82 sobre as medidas tomadas: “Podem até pre-

valecer. Afinal, o CONASP está com o governo nas mãos” — o certo é que a posição do setor privado contratado encontra poucos ecos, atravessando período de maior fragilidade.

A crise financeira que iniciou o processo de “devassa” da Previdência Social, colocando sob juízo a competência dos seus administradores, foi aprofundada com a troca de Ministros no MPAS. Com a saída de Jair Soares e entrada de Hélio Beltrão na direção do MPAS, vêm à tona não só uma série de denúncias sobre fraudes dos hospitais privados na prestação de contas da Previdência, como denúncia de corrupção do próprio Ministro Jair Soares. Esta denúncia foi feita pelo Ministro Hélio Beltrão que suspendeu 3.100 credenciamentos, autorizados no período de janeiro a maio de 1982, com base apenas em critérios políticos. Destes 3.100 credenciamentos, 2.400 foram assinados nos dois últimos dias da gestão do Ministro Jair Soares, sendo que 2.600 beneficiavam o Rio Grande do Sul, Estado onde Jair Soares se candidatava ao governo estadual.

A Portaria 3.046 disciplina a autorização de novos credenciamentos, que só se darão quando existirem recursos financeiros, se forem cumpridos os critérios e normas técnicas, dando-se preferência à reativação dos serviços públicos. Além do mais, os credenciamentos passam a ser atribuição direta do Ministro, enquanto não sejam substituídos os atuais superintendentes regionais, que participavam do esquema clientelístico anteriormente vigente.

Além dessas medidas, o MPAS inicia a contratação de médicos, enfermeiros e auxiliares a fim de reativar a curto prazo 3 hospitais próprios: Ipiranga, Darcy Vargas e Heliópolis.

Tais medidas são anunciadas e recebidas como os primeiros passos para uma mudança geral no sistema médico-hospitalar da Previdência Social que se corporificaria no documento elaborado pelo CONASP e divulgado sob o nome de “Plano de Reorganização da Assistência à Saúde no Âmbito da Previdência Social”, aprovado em 23/8/82, Portaria n. 3.062.

Tal documento está constituído em 3 partes: o modelo atual de prestação de Serviços de Saúde no Âmbito da Pre-

Modalidades Assistenciais — INPS *

Tipo de Serviço \ Sistema Prestador	Próprios	Convênios órgãos governo	Convênios MEC/MPAS	Convênios Rurais	Convênios Sindicatos urbanos	Convênios Empresas	Hospitais Contratados	Credenciamento Ambulatorial
Consultas Médico-Odontológicas	26,4%	13,0%	1,9%	12,8%	5,8%	9,1%	—	29,5%
Internações Hospitalares	1,6%	4,3%	1,4%	18,3%	—	3,8%	69,7%	—
Serviços Diagnose e Terapia	16,1%	20,4%	1,5%	6,4%	1,0%	8,4%	—	45%
Recursos Consumidos **	18,5%	4,7%	2,2%	6,5%	2,6%	3,5%	40%	16%

* Fonte: CONASP

** — % do dispêndio total do INAMPS

Não foram incluídos no quadro os dispêndios com serviços prestados a beneficiários da patronal e aos acidentados no trabalho

vidência Social; Proposta de Reorientação da Assistência à Saúde Previdenciária, Estratégia de Implementação do Plano.

A parte diagnóstica do documento é estruturada a partir da identificação de 10 modalidades assistenciais do INAMPS, sua participação no conjunto de recursos, a cobertura propiciada, e as características implícitas em cada uma destas modalidades assistenciais, em relação à forma de financiamento correspondente.

Sem entrar na discussão sobre as características inerentes a cada uma das modalidades, desde que as principais foram já abordadas neste trabalho, podemos construir, com os dados do CONASP, o seguinte quadro diagnóstico do sistema de assistência médica da Previdência Social.

Embora não tenhamos nos ocupado aqui da análise realizada pelo CONASP a respeito das deficiências e vantagens de cada uma das modalidades, resta assinalar que é a primeira vez que um documento oficial assume uma posição tão crítica ao sistema de saúde previdenciário, avaliando com precisão as implicações decorrentes das formas de financiamento ao setor privado.

Reconhecendo a privatização da assistência médica previdenciária, a ociosidade e desprestígio do setor público, a impossibilidade de um planejamento racionalizador com a prevalência deste modelo atual, e salientando a necessidade de conter os custos crescentes nesta área, o documento propõe a reversão gradual do atual modelo médico-assistencial. É importante ressaltar que a proposta objetiva não apenas a contenção dos gastos, através do *aumento da produtividade e da racionalização do sistema*, mas, ao mesmo tempo, a *melhoria da qualidade dos serviços e a extensão da cobertura à população rural em condições iguais à prestada aos trabalhadores urbanos*, assumindo integralmente a *responsabilidade estatal sobre a política e o controle do sistema de saúde*. Desta forma, propõe-se a utilizar totalmente a capacidade ociosa do setor público, estimulando ademais as modalidades assistenciais que assegurem melhor qualidade assistencial, previsibilidade orçamentária e mecanismos de controle adequados.

A proposta recupera proposições gerais já bastante conhecidas, algumas das quais constaram inclusive do PREV-SAÚDE, como a *Regionalização* do Sistema de Saúde agora planejado e coordenado por uma comissão paritária SINPAS/MS/SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE; *hierarquização* de todos os serviços de saúde, públicos e privados, de acordo com sua complexidade, com mecanismos de referência e contra-referência, implicando em descentralização do planejamento e execução; além de medidas de *desburocratização* no relacionamento com as instituições convenientes e o público. Prevê-se também a execução de várias medidas visando a valorização dos recursos humanos do setor público.

Além destas propostas, duas outras vão marcar as mudanças previstas no projeto, a saber, a *vinculação da clientela (domicílio sanitário)* aos serviços básicos de saúde da sua área, de cuja referência dependerá o acesso aos demais níveis, sendo a outra medida a montagem de um *sistema de auditoria* médico-assistencial, como mecanismo de controle dos setores público e privado.

Além das reformas administrativas propostas, prevê-se a promoção e apoio a medidas que visem o aperfeiçoamento dos mecanismos de custeio e de incremento da receita, tais como: aperfeiçoamento do sistema de arrecadação do IAPAS, participação no prêmio de seguro obrigatório de automóveis, critérios definidos para elaboração do plano de custeio do SINPAS e destinação do FAS, revisão dos critérios de concessão de financiamento do FAS, captação de recursos do FINSOCIAL, participação dos níveis estaduais e municipais no custeio.

O novo modelo hierarquizado ficaria composto pelo nível ambulatorial (primário) e do nível hospitalar (secundário e terciário). Não se prevê a participação exclusiva do setor público em nenhum dos dois níveis. No nível ambulatorial pretende-se criar uma *rede única*, com os postos de assistência médica (PAM's) do INAMPS, os ambulatórios e postos das Secretarias de Saúde, os ambulatórios e hospitais de ensino; os serviços ambulatoriais privados credenciados e os ambulatórios dos sindicatos rurais. Ficam excluídos apenas os serviços pré-pagos das empresas mé-

dicas. O principal instrumento na criação desta rede única é o estabelecimento de *Convênios Trilaterais* entre o MPAS/MS/SECRETARIAS ESTADUAIS DE SAÚDE.

Estima-se que os serviços ambulatoriais públicos já dispõem hoje de uma capacidade instalada apta a produzir mais de 75% das consultas oferecidas atualmente pelo INAMPS através de seus serviços próprios e contratados (mais de 200 milhões em todo o país).

Os serviços prestados pelos ambulatórios credenciados serão controlados, desde o encaminhamento do paciente, até sua qualidade e produtividade, pela rede pública, criando uma porta única de entrada no sistema.

O nível hospitalar subdivide-se, primeiramente, em hospitais próprios do INAMPS, em co-gestão com o MS, governamentais em geral e de Ensino e Beneficentes. No segundo grupo encontram-se os hospitais privados contratados. Com relação ao primeiro grupo, setor público em geral, tratar-se-á de estabelecer uma rede de centros de referência, e também mudar os antigos convênios com hospitais universitários para o novo padrão, que prevê, entre outras coisas, o pagamento por alta e atendimento ambulatorial, segundo tabela específica.

Com relação aos hospitais privados contratados prevê-se a implantação de um projeto de racionalização e do novo sistema de contas, já experimentado no Paraná, tendo ficado conhecido como "Projeto Curitiba".

Em síntese este novo sistema de contas baseia-se:

- na substituição da remuneração atualmente feita pelo valor de unidades de serviço, pelo pagamento por *Procedimento Clínico ou Cirúrgico*, prevendo-se com isto a simplificação das contas e seu processamento e a diminuição do superfaturamento por ampliação dos atos médicos.

- introdução de novos mecanismos de auditoria técnica, a partir de padrões de condutas clínicas e cirúrgicas, critérios de internação e alta, visando assegurar uma melhoria da qualidade assistencial.

Além das medidas acima, o documento do CONASP faz proposições específicas referentes à assistência farmacêutica, odontológica e às modalidades atuais de pré-pagamento do setor privado. Neste último caso chama a atenção a ausência de uma definição precisa, propondo-se por um lado o estudo do problema e posterior regulamentação quando, na prática, já se indica uma política restritiva ao excluí-los da proposta atual.

A questão que restaria depois da leitura das medidas propostas no documento do CONASP é a respeito de sua viabilidade política na medida em que, de alguma maneira, alguns pilares da proposta do PREV-SAÚDE são aqui retomadas. O próprio CONASP parece atento a esta questão procurando respondê-la ao final do documento com a definição de uma estratégia de implementação do plano. Esta estratégia fundamenta-se nos princípios da *gradualidade* no processo de reorientação do modelo, e na *participação* ativa de vários segmentos da sociedade na condução desta mudança. Estes dois princípios, de natureza muito mais política do que propriamente técnica, indicam a diferença pretendida com relação aos planos anteriores (PREV-SAÚDE), alterando-se seu caráter normativo em direção ao planejamento estratégico.

Assim não só a equiparação da atenção rural à urbana deverá processar-se gradualmente, assim como, principalmente no caso das duas principais medidas propostas, a implantação do novo sistema de contas do projeto de racionalização da assistência credenciada e dos convênios trilaterais (MPAS/MS/SES) deverá seguir uma trajetória gradualista.

Foram escolhidas 10 capitais, compreendendo 22 milhões de habitantes, para iniciar a curto prazo (1982) a implantação do Projeto de racionalização ambulatorial e, no mesmo prazo, duas cidades, o Distrito Federal e dois Estados, para implantação dos convênios trilaterais; e outras quatro unidades da federação para expansão do novo sistema de contas. Em 1983, entre outras medidas prevê-se a expansão do novo sistema de contas a todas as demais unidades da federação, bem como a expansão total da ação trilateral, e a substituição gradual dos projetos de Racionalização Ambulatorial (INAMPS e Credenciados) pela ação trilateral.

Mesmo tendo tomado as precauções de adotar uma estratégia de “guerra de movimento”, alterando ações de natureza diversa em múltiplas frentes, por oposição a um ataque frontal antevisto como desastroso, o projeto do CONASP já mobilizou diferentes grupos de interesse, que tornam a desenhar a estrutura de poder do setor saúde a partir do seu posicionamento frente às propostas divulgadas neste documento.

No entanto, a natureza da crise neste terceiro momento difere fundamentalmente da crise ideológica que a antecedeu. Ademais de ter entre estes dois momentos o momento intermediário e sempre presente da crise financeira, alguns fatores diferenciadores referem-se às mudanças ocorridas no MPAS com a troca de ministros, o prestígio alcançado pelo presidente do CONASP e, principalmente, o fato da proposta de reformulação partir do Ministério da Previdência e Assistência Social e não do Ministro da Saúde.

São indicadores deste fato a reativação de hospitais públicos e a maior dotação de recursos para o setor próprio, o que mostra a tendência a sair do discurso para a prática de mudança.

Alguns obstáculos, dificuldades e questionamentos deverão ser mencionados para possibilitar um melhor delineamento do quadro no qual tal proposta se situa.

Um dos primeiros problemas enfrentados situou-se a nível dos convênios trilaterais, instrumento básico para encaminhamento da regionalização proposta. A modalidade de convênio proposta pela Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação — CIPLAN — foi contestada pelo Conselho Nacional de Secretarias de Saúde — CONASS — que encaminhou uma contraproposta. A divergência principal entre os dois órgãos reside no papel previsto para os governos estaduais que seriam mais autônomos na versão do CONASS e mais controlados na versão CIPLAN. Esta divergência se expressa na proposta de subsídios globais prefixados (CONASS) ou no pagamento por consulta e aita hospitalar (CIPLAN).

A Associação Médica Brasileira (AMB) pronunciou-se favoravelmente ao projeto elaborado pelo CONASP e chama

atenção para a diferença mais marcante entre esta proposta e a do PREV-SAÚDE: o fato de que “agora ela nasce dentro da própria instituição que detém os maiores recursos do setor, a Previdência Social”...

No entanto, a AMB mostra que as mudanças pretendidas na contenção das despesas médicas com a substituição do sistema de pagamento por produção (US e Taxas por diária hospitalar) pelo sistema de pré-pagamento, se elimina os superfaturamentos decorrentes da superprodução de serviços, induz os hospitais a buscar seus lucros subproduzindo serviços com a redução de diárias de atos médicos, de exames complementares e de procedimentos terapêuticos.

E alerta:

“Para que o Plano de Reorientação da Assistência à Saúde, contra a vontade de seus idealizadores, não dê nascimento a um outro modelo de assistência médico-hospitalar mais perverso que o atual, faltam três requisitos fundamentais: primeiro, a efetiva e concreta participação dos usuários na implantação, coordenação e fiscalização do projeto, evitando que distorções graves acabem por desvirtuá-lo; segundo, uma urgente e definitiva política de recursos humanos, de forma a contemplar os médicos e profissionais de saúde com condições de trabalho e remuneração dignas e estáveis; por último, que os recursos financeiros destinados ao setor visem satisfazer necessidades reais e não contê-las dentro de dotações rígidas”.

A FBH, dizendo-se representante de uma rede hospitalar privada que dispõe de 3.941 nosocômios que acionam 352.789 leitos, em torno de 80% dos existentes no país, critica a contenção dos gastos com assistência médica, insurgindo-se contra os parâmetros estabelecidos e prevendo a crise financeira caso não seja reformulado o orçamento do INAMPS com maior participação da União. O que a FBH prevê é que com a contenção dos atos médicos pelos novos parâmetros, liberando apenas aqueles casos de urgência, os hospitais tratarão de transformar a maior parte dos casos em “urgências” com riscos de vida e custos multiplicados.

É importante ressaltar que a FBH, com as ameaças crescentes à sua posição privilegiada, tem-se constituído em defensora de um aspecto essencial à viabilização do sistema previdenciário, qual seja a necessidade de aumento da receita, em especial através da participação decisiva da União, ao invés de restringir-se a simples contenção das despesas, ou, o que é pior, à sua diminuição.

É certo que o CONASP representa um movimento muito mais complexo neste processo de crise, somando-se aos aspectos ideológicos e financeiros, caracterizado por uma redefinição ao nível político-institucional. Para além da discussão dos macromodelos, aponta-se agora para soluções que concretamente alteram a direção da política em curso. Já faz quase uma década que o subsistema conveniado, especificamente com o setor público, vem-se insinuando como o caminho para uma reorganização da assistência médica. Por outro lado, é por demais sentida a necessidade de controlar e disciplinar a ação do subsector privado contratado.

A preservação destas duas lógicas, mesmo que temporariamente, garante a presença constante de contradições, problematizando o curso subsequente da mudança.

Ademais, a não resolução da contradição estrutural apontada, que por suposto não se situa no âmbito exclusivo do CONASP, faz com que não se possa esperar deste órgão a panacéia para a real crise previdenciária na plenitude de suas múltiplas feições.

Ao contrário, a expectativa criada e canalizada para as reformas a nível da assistência médica tende a obscurecer os demais aspectos envolvidos nesta crise que todavia prossegue seu curso.

Muitas contradições, principal e secundárias, foram por nós apontadas ao longo da revisão destas tendências atuais. Advinhar, no entanto, qual será a característica do próximo movimento, seria apenas um exercício de futurologia.

ANEXO

PREV-SAÚDE = Ideologia e poder

Neste Anexo são resumidas as posições apresentadas por 13 entidades representativas no setor saúde, que enviaram documentos como resposta ao debate proposto pelo MPAS a respeito do PREV-SAÚDE.

O posicionamento de cada um dos atores sociais envolvidos nesta discussão do programa governamental, se por um lado representou a principal barreira à efetivação das medidas ali propostas, teve como efeito secundário o delineamento consistente e explícito, a nível discursivo, de projetos oriundos de interesses divergentes, mapeando com precisão a estrutura de poder no setor saúde. Este fenômeno ocorre como consequência da transição de um período autoritário, no qual o processo decisório circunscrevia-se aos anéis burocráticos envolvendo burocracia e interesses empresariais, para uma etapa mais democrática, na qual devem ser considerados os interesses de um conjunto muito mais amplo de atores sociais. Nesse caso, o próprio debate é um instrumento na constituição, consolidação e reconhecimento dos atores sociais.

São a seguir resumidos os documentos:

- 1 — Centro Brasileiro de Estudos de Saúde — CEBES.
- 2 — Associação Estadual de Saúde Pública do Rio de Janeiro.
- 3 — Câmara dos Deputados.

4 — Encontro de Secretários de Saúde do Norte e Nordeste.

5 — Presidência do INAMPS.

6 — Federação Brasileira de Hospitais — FBH.

7 — Escola Nacional de Saúde Pública — ENSP.

8 — Núcleo Baiano do CEBES.

9 — Sindicato dos Médicos de São Paulo.

10 — Organização Pan-Americana de Saúde — OPAS.

11 — Associação Brasileira de Medicina de Grupo — ABRAMGE.

12 — Associação Paulista de Medicina.

13 — Federação Nacional dos Médicos.

Documento n. 1: Considerações sobre o PREV-SAÚDE.

Origem: CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE

Constata a justeza dos objetivos do Programa, embora o seu detalhamento não assegure o real alcance desses propósitos. Aponta como pontos críticos:

1 — O diagnóstico que embasa o Programa reflete uma concepção causal e altamente parcial quando relaciona o estado de saúde da população, por exemplo, à descoordenação institucional.

2 — Falta uma clara definição das relações entre o setor público e o setor privado, não se explicitando que a rede básica, sob a responsabilidade do setor público, seja a única porta de entrada no sistema de saúde.

3 — A diretriz da universalização não fica assegurada na medida em que não se garante o acesso da população aos níveis secundário e terciário, condicionando sua expansão às necessidades definidas pelo nível primário, público.

4 — A questão da descentralização é tratada de forma contraditória, na medida em que não se garante papel preponderante às Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde na condução e execução do Programa, não colocando, ademais, qualquer limite à expansão da rede federal que continuará sendo manipulada centralmente.

5 — Preocupa-se com a real capacidade de resolução da rede básica, que deveria ser definida a partir de alguns dos seus condicionantes, sob o risco do Programa ou não cumprir suas finalidades, ou cumprir apenas os escusos propósitos de drenar casos não resolvidos a nível primário para os níveis mais complexos, em mãos do setor privado. Propõe um elenco de medidas, referentes à política de recursos humanos, capaz de garantir a qualidade da assistência prestada.

6 — Concepção instrumentalista da participação comunitária, como subproduto do desenvolvimento do programa, ao invés de concebê-la como a manifestação democrática da vontade popular, dando acesso à população, em suas formas organizadas, às decisões e controle dos serviços.

7 — Com relação à questão orçamentária:

— não se pode visualizar uma real reorientação da política de financiamento do setor saúde, dado que continua a ser fundado nos recursos aportados exclusivamente pela contribuição social dos assalariados, através do seguro social;

— não há um fundo específico para o Programa, sendo que os recursos continuarão a ser manejados independentemente por cada instituição;

— disparidade entre as metas propostas para as regiões mais carentes e os recursos alocados para este fim, comparativamente às dotações para regiões mais bem equipadas.

Finalmente, reivindica a institucionalização da participação das entidades representativas dos profissionais de saúde na condução da política para esta área, bem como propugna o direito da população à co-gestão dos serviços que ela utiliza.

Documento n. 2: Encaminhado à Secretaria Técnica da Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação a respeito do PREV-SAÚDE.

Origem: ASSOCIAÇÃO ESTADUAL DE SAÚDE PÚBLICA DO RIO DE JANEIRO

O documento apresenta o PREV-SAÚDE como a expressão máxima das conquistas políticas já expressas no PPA,

SNS, PIASS e POLONORDESTE, sem que no entanto atenda às expectativas dos setores profissionais, cuja participação neste processo tem sido limitada.

Um diagnóstico da situação de saúde no Brasil constata a ineficácia dos onerosos programas nesta área, junto à convivência de doenças de países desenvolvidos ao lado da persistência daquelas associadas à condição de miséria da população. Neste quadro, o PREV-SAÚDE aparece necessariamente como uma solução apenas parcial dos problemas mencionados.

Mesmo para apresentar-se como uma solução parcial é necessário solucionar alguns problemas que podem comprometer a viabilidade do programa. São apontados, entre outros:

— A garantia do acesso aos outros níveis do sistema e o controle do setor privado.

— A explicitação de que níveis o PREV-SAÚDE realmente abrangerá.

— A não inclusão de questões relacionadas ao meio ambiente, habitação e demais medidas sanitárias.

— A não incorporação de práticas populares e alternativas.

— A necessidade de uma descentralização real do processo decisório e financeiro.

— A participação comunitária, como está prevista, decorre de uma prática política antidemocrática e autoritária.

— A articulação intra-sistêmica não estabelece o programa como forma de reorganização do setor saúde, disciplinando a participação da iniciativa privada.

— O modelo de prestação de serviços não estabelece formas de articulação entre os 3 níveis, não prevê o vínculo institucional do agente comunitário, não menciona as instituições coordenadoras das áreas programáticas, não inclui o controle da poluição industrial e nem incorpora a participação efetiva da comunidade e das associações profissionais. Falta maior especificação da área de laboratórios.

— O desenvolvimento de recursos humanos não aproveita as potencialidades da comunidade.

— Falta definição de mecanismos de incentivo à indústria nacional.

— Não é prevista participação da Universidade e instituições financiadoras de pesquisa.

— Não atribuição de responsabilidades institucionais.

— Irrisória participação financeira da União no orçamento do programa.

Documento n. 3: Posição da Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados Frente ao Programa Nacional de Serviços de Saúde — PREV-SAÚDE — Proposto Pelos Ministérios da Saúde e da Previdência e Assistência Social.

Origem: CÂMARA DOS DEPUTADOS.

Após uma breve definição dos princípios que fundamentam a posição desta comissão a respeito das questões de saúde, passa-se à análise do PREV-SAÚDE, considerando mercedores do seu apoio os objetivos e a doutrina que embasam o PREV-SAÚDE. O mesmo não ocorre, no entanto, com relação ao anteprojeto apresentado para sua implantação. Para manter a fidelidade a seus objetivos, considera fundamental:

1 — A definição de estratégias que permitam o desenvolvimento de um processo de integração de todas as instituições públicas do setor em um sistema único de saúde.

2 — As medidas de alcance coletivo, tais como saneamento, habitação e alimentação devem merecer tratamento prioritário.

3 — O setor público deve assumir a curto prazo todos os serviços básicos de saúde e substituir a médio prazo o setor privado nos níveis secundário e terciário. Enquanto este processo não se concretiza, deve ser abolida a modalidade de pagamento por US.

4 — A organização da rede e modelos de atendimento deverá obedecer aos princípios de descentralização, regionalização e universalização.

5 — Explicitação clara de uma política de pessoal que inclua o privilegiamento do tempo integral, a proibição da dupla militância, um plano de cargos e salários obrigando o ingresso apenas por concurso público e atribuindo uma remuneração justa para todos os componentes da equipe de saúde. Os serviços deverão adotar obrigatoriamente uma Relação Nacional de Medicamentos Essenciais.

6 — Explicitação clara dos mecanismos que permitam um efetivo controle do sistema de saúde pela população, através de suas organizações representativas.

7 — A coordenação operacional deverá ficar a cargo dos organismos estaduais e municipais existentes.

Conclui apontando as diferenças entre o processo de elaboração do PREV-SAÚDE e os demais projetos governamentais de passado recente, sendo que no primeiro caso tem-se ensejado o debate e consulta a diversas entidades.

Documento n. 4: Estratégias para a Aceleração da Integração Sistêmica do Setor Saúde. O PREV-SAÚDE como Instrumento de Integração e de Extensão de Cobertura.

Origem: ENCONTRO DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE DO NORTE E NORDESTE.

A posição dos secretários é de apoio ao PREV-SAÚDE, que consideram a única alternativa para a solução do problema de atendimento à saúde do povo brasileiro. Para tal, fazem diversas sugestões na linha de: dar ênfase ao setor público; desaconselhar a criação de uma Secretaria Executiva a nível do Estado e territórios; recomendar a transferência de gestões de ações de saúde a nível municipal apenas após a conclusão do processo de regionalização em curso; considerar a necessidade e urgência da participação das Universidades; propor a descentralização do poder decisório nos órgãos regionais do MS e INAMPS; considerar a necessidade de vincular o relacionamento INAMPS × UNIDADES

HOSPITALARES; solicitar uma imediata cobertura jurídica; reafirmar a necessidade de a expansão da rede básica pelo INAMPS ser feita em compatibilização com a programação das Secretarias Sociais; requerer que a implantação do PREV-SAÚDE seja iniciada pelas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste.

Documento n. 5: Parecer Sobre Aspectos Políticos do Anteprojeto do PREV-SAÚDE.

Origem: PRESIDÊNCIA DO INAMPS.

Trata-se de um ofício enviado pelo Dr. Harri Graeff, Presidente do INAMPS, ao Secretário-Geral do MPAS, alertando-o com relação aos posicionamentos de caráter político do primeiro anteprojeto, os quais “poderão gerar sérias áreas de atrito para os Ministérios proponentes e mesmo para a Administração Central do país”. A análise dos aspectos políticos é seguida de um extenso documento técnico, analisando questões ligadas à exequibilidade do programa.

O parecer do INAMPS reivindica a alteração do primeiro anteprojeto com base nos seguintes aspectos políticos:

1 — É nitidamente estatizante, propondo o esvaziamento da empresa privada e o deslocamento do planejamento e administração para as Secretarias Estaduais.

2 — Questionamentos:

1º — O Governo quer desativar o INAMPS?

2º — Quer eliminar a iniciativa privada na área de saúde?

3º — Estabelecida a universalização do atendimento, como serão atendidos os direitos legais da clientela previdenciária?

4º — O INAMPS será um mero repassador de recursos?

5º — Será oportuno ampliar a participação de sindicatos de trabalhadores na área de assistência médica?

6º — Será também oportuno a participação comunitária como está proposta?

Documento n. 6: A Federação Brasileira de Hospitais e o Anteprojeto do PREV-SAÚDE.

Origem: FEDERAÇÃO BRASILEIRA DE HOSPITAIS — FBH.

O documento destaca como aspectos positivos a extensão dos serviços primários a toda a população, os propósitos de atingir 2,1 consultas/ano por pessoa; o objetivo de ampliar serviços ambulatoriais e odontológicos e de melhorar as condições alimentares e nutricionais. Aponta também a aprovação de medidas preventivas como fato louvável, bem como as ações sobre o meio ambiente.

A seguir, passa a arrolar os inúmeros aspectos negativos. A crítica principal é pelo fato do documento ser abertamente estatizante, embora, por vezes, tente disfarçar este intuito. São tomados como indicadores desta posição:

— Só aceita incluir no programa os hospitais filantrópicos e beneficentes, assim mesmo inteiramente subordinados ao setor público.

— A retração de incentivos a empreendimentos de cunho lucrativo.

— Maior controle e limitação de recursos para contratação de serviços privados.

— Aumento dos hospitais públicos, mais dispendiosos, e, na mesma proporção, desativação dos particulares, menos onerosos.

— Nega financiamento à iniciativa privada hospitalar através do FAS.

Critica a parcialidade do projeto que prevê a contribuição de organizações comunitárias e práticas alternativas ao mesmo tempo que relega a longa experiência de prestação de serviços da assistência privada.

A crítica principal fica por conta da marginalização de uma rede hospitalar privada de mais de 3.000 hospitais e a pretensão de substituí-la pelos novos serviços públicos. Fundamenta esta crítica a reiterada afirmação de que os serviços públicos são notoriamente mais onerosos que os privados.

Propõe o aproveitamento da rede privada como suporte do PREV-SAÚDE, em todos os níveis.

O anteprojeto esvazia o INAMPS, tanto nas finalidades como nas finanças, transferidas para as Secretarias Estaduais, criando, assim, um escalão intermediário.

Critica esta orientação com base em que os recursos do INAMPS não podem ser repassados porque só podem ser beneficiados aqueles que contribuíram.

Caso isto venha ocorrer, provocaria a queda do padrão assistencial aos contribuintes, gerando grave crise social urbana.

Considera o projeto irredutível e impermeável ao diálogo.

Preocupa-se com o agravamento do nível de desemprego no setor hospitalar, gerado pela não inclusão, ou apenas inclusão parcial, da rede privada.

Propõe que sejam delegadas funções de ensino aos hospitais particulares.

Documento n. 7: Seminário sobre o Programa Nacional de Ações Básicas (PREV-SAÚDE) realizado na Escola Nacional de Saúde Pública.

Origem: ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA — ENSP.

A apreciação geral aborda os seguintes pontos:

1 — O PREV-SAÚDE, na forma como está proposto, parece mais uma estrutura paralela de serviços de saúde, do qual diversas instituições participam mantendo-se porém de fora, com seus recursos e mecanismos de decisão específicos.

2 — Na gestão do sistema, embora fale-se em descentralização, parece mais uma intenção formal, e mais do que isto, até invertida no sentido da centralização, sendo as Secretarias Executivas das CIPES um elemento de ingerência do nível federal sobre as Secretarias de Saúde.

3 — É incompreensível que o Programa não contenha uma seção para tratar das relações com o setor privado. Se não há cabimento em eliminar ou mesmo restringir a participação do setor privado contratado no sistema de saúde, por outro lado é um risco grave colocar todo o sistema na dependência deste setor e, além do mais, sem regras cuidadosamente definidas de convivência.

4 — A participação comunitária é vista mais como uma consequência do desenvolvimento do Programa, do que como algo que deva estar proposto desde o seu início, ativamente. Além disso, não se definem os níveis e os mecanismos pelos quais esta participação deva se dar. A participação comunitária deverá processar-se tanto no planejamento, como na execução e no controle das ações no plano local.

5 — Deve existir um compromisso para que as admissões de pessoal só sejam efetuadas por concurso público e a exigência de capacitação através do curso de Saúde Pública, para os cargos de direção de nível local.

6 — Um Programa desta magnitude não pode deixar de discutir os critérios e as medidas necessárias para sua avaliação posterior.

7 — A maior parte dos recursos provirá da Previdência Social, o que, na situação atual, representa uma participação irrisória da União. Em outros termos os segurados financiarão a extensão da assistência aos não segurados: a redistribuição da miséria.

8 — Não se sabe por que dois importantes campos como a saúde ocupacional e a saúde mental não foram incorporados no programa.

9 — No campo do saneamento o PREV-SAÚDE alcança conquistas como: a proposição de integração entre saúde e saneamento, a participação comunitária; a prioridade das áreas de maior pobreza; a conquista da tarifa social para água nas áreas periféricas.

No entanto, o volume de pessoal previsto para a área não está claramente definido; não garante o abandono dos critérios de lucratividade em uso pelo PLANASA; deveria ser usada tecnologia alternativa de baixo custo para esgotos sanitários, desenvolvida pela ENSP.

A partir deste ponto, o documento tece uma série de recomendações específicas sobre vários pontos, detendo-se na análise da formação de recursos humanos; controle de endemias, vigilância epidemiológica, imunizações e vigilância sanitária; estudos e pesquisas; e, finalmente, saneamento e meio ambiente.

Documento n. 8: PREV-SAÚDE: críticas e propostas.

Origem: NÚCLEO BAIANO DO CEBES.

Tece considerações sobre os seguintes pontos:

1 — Critica o diagnóstico bastante superficial do estado de saúde da população brasileira e da organização social dos serviços. Chama a atenção para a opção de reordenar o modelo de prestação de serviços do setor através do PREV-SAÚDE, que tende a ser obstaculizada, caso não sejam redefinidos os interesses que atualmente moldam o setor.

2 — O documento não explicita o caráter de porta de entrada única ao Sistema de Saúde e a responsabilidade exclusivamente pública na prestação do atendimento primário, nem sugere medidas efetivas para ampliação das unidades hospitalares públicas. Caso o PREV-SAÚDE não venha a contemplar os níveis secundário e terciário de atenção no âmbito do setor público, ou reterá artificialmente a demanda no atendimento ambulatorial, ou será um canalizador de pacientes para as empresas médicas privadas. Neste sentido, propõe: disciplinar a atuação da empresa privada, estabelecendo 5 quesitos para sua participação no PREV-SAÚDE, e ainda *propõe diversas medidas concretas* para garantir a expansão da rede pública.

3 — Defende a adoção de critérios epidemiológicos de risco para definição de prioridades, ao lado da discussão com os grupos sociais organizados que expressem através de canais legítimos suas necessidades de saúde.

4 — Defende a reformulação do PLANASA, priorizando-se o atendimento das necessidades da população, especialmente Saneamento Básico, e a ampliação da discussão sobre o uso e a posse do solo urbano.

5 — Defende que a administração do PREV-SAÚDE seja feita fundamentalmente pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde.

6 — Com relação à política de recursos humanos propõe: capacitação e utilização de pessoal no planejamento descentralizado, formação de profissionais de nível médio e elementar, criação de carreiras funcionais, adoção de uma política salarial justa, introdução do regime de tempo integral e dedicação exclusiva.

7 — Sugere o desenvolvimento de pesquisas, em articulação com Universidades e outros centros de produção do conhecimento, com o objetivo de reduzir a dependência externa nas áreas de produção de medicamentos, equipamentos e insumos biológicos essenciais.

8 — Rejeita a visão instrumentalista da participação comunitária contida no anteprojeto, e propõe medidas concretas para uma efetiva participação em todas as instâncias do Sistema de Saúde.

Documento n. 9: Sobre o PREV-SAÚDE.

Origem: SINDICATO DOS MÉDICOS DE SÃO PAULO.

A partir de uma crítica à mercantilização crescente da medicina, propõe a extinção dos convênios com empresas médicas, a expansão da rede ambulatorial e hospitalar pública; a representação paritária na Previdência Social, a legislação impeditiva à penetração das multinacionais.

Com relação ao PREV-SAÚDE, considera:

— Que o programa mantém o cunho autoritário que norteia as ações do Estado.

— Permite a intervenção do poder central a nível dos Estados e Municípios.

— Perpetua a medicina mercantilista.

— Possibilita a canalização de recursos para a empresa privada.

— Mantém e incentiva as já existentes disparidades regionais.

— Não compatibiliza a ampliação da prestação de serviços com a formação de profissionais.

Observa, afinal, que tal projeto deveria ser submetido à mais ampla discussão, tramitando através do Congresso Nacional.

Conclui que, desta forma, o PREV-SAÚDE atende mais aos interesses do capital mercantil e das multinacionais da saúde que aos anseios e necessidades dos médicos e da população.

Documento n. 10: Comentários ao Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde — PREV-SAÚDE.

Origem: ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE — OPAS.

Identifica os fundamentos do programa — o direito à saúde e a responsabilidade do Estado para facilitar este direito — como sendo os mesmos princípios que foram a base da reunião de ALMA-ATA.

Embora os conceitos de regionalização, universalização e utilização do pessoal coincidam com as diretrizes gerais do OPS/OMS, é necessário esclarecer a sua operacionalização, na medida em que as condições do país não permitem a aplicação de medidas uniformes.

Reafirma a necessidade, expressa no próprio documento, de uma melhor utilização dos recursos existentes, o que não será conseguido apenas pelo aumento das unidades de serviço.

Requer uma referência explícita das relações entre os setores público e privado, no sentido de promover uma reorganização.

Chama a atenção para a necessidade de articulação com o “sistema informal” de saúde, que todavia seguirá existindo.

A operacionalização do programa requer a referência dos pacientes aos diferentes níveis de atendimento dentro de uma rede de serviços, o que, por sua vez, pressupõe uma adequada regionalização funcional do sistema, promovendo a centralização normativa e a descentralização operativa.

Esse processo adquire conotações especiais, pois a regionalização em cada área deve atender às necessidades da comunidade.

Ainda com relação às diretrizes, considera:

— A centralização normativa e a descentralização executiva só será possível com o diálogo permanente entre as unidades especializadas e o nível operativo.

— Com relação aos níveis de operação é necessário desenvolver um esforço de capacitação de pessoal nas práticas de programação participativa.

— Torna-se necessário reorganizar os sistemas de informação e supervisão.

— Requer a agilização do sistema de suprimento de medicamentos.

— É necessário definir melhor a participação comunitária, assim como elaborar métodos, técnicas e procedimentos, neste sentido, a serem assimilados pelos agentes do programa.

— Dá-se importância ao uso de tecnologia apropriada em todos os níveis da atenção.

Com relação à caracterização do modelo, sugere:

— Quanto aos níveis de atendimento, considera-se necessário indicar que as definições requererão uma maior ampliação: deve fazer-se explícito que nas unidades ambulatoriais e nos hospitais realizar-se-ão ações acumulativas.

— Deverão ser mais concretamente definidas, de acordo com prioridades para cada local, as áreas mais importantes a serem atendidas.

— O Brasil adquiriu na reunião de Mar Del Plata compromissos sobre água e saneamento ambiental que requerem

a articulação de todas as instituições que realizam ações sobre o meio, dentro de uma planificação global.

— Quanto aos recursos humanos, além da ênfase na capacitação dos recursos comunitários, deveria também buscar-se a preparação do pessoal técnico-administrativo.

Com relação à organização e direção do Programa, sugere-se:

— Deverá definir-se mais claramente a estrutura organizacional, estabelecendo-se níveis de direção, áreas de responsabilidade e fixando os parâmetros e formas de funcionamento dos sistemas operacionais e de apoio.

— A nível estadual a coordenação deverá recair nas Secretarias de Saúde.

Documento n. 11: Críticas ao projeto.

Origem: ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE MEDICINA DE GRUPO — ABRAMGE.

Critica a débil participação da iniciativa privada neste anteprojeto, representada exclusivamente pelos hospitais privados.

Chama a atenção para o fato de que um país de democracia capitalista só será possível atingir seu destino histórico pelo respeito e estímulo à iniciativa privada.

Critica o projeto por não mencionar, ao menos, as diferentes formas de medicina organizada, onde se insere a medicina de grupo, quando ela já foi incluída na lei do SNS.

Defende a sua inclusão, levantando as vantagens daí advindas para o usuário (melhor assistência), para o empresário (valorização do fator humano), para o médico (aumento do mercado de trabalho) e para o INAMPS (multiplicação dos seus recursos financeiros e melhor adequação de seus recursos técnicos). Acha o projeto profundamente estatizante.

Finalmente, acha o projeto inviável pela sua abrangência.

*Documento n. 12: A Associação Paulista de Medicina e o
PREV-SAÚDE.*

Origem: ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA.

Considera:

a) Para a APM a Medicina Preventiva e Assistencial estão indissolúvelmente ligadas, não devendo nenhum dos dois lados ser negligenciado nos programas oficiais.

b) Denuncia que os poderes constituídos não têm assumido plenamente sua responsabilidade na condução dos assuntos de saúde: não recolhe as quantias devidas pelo Governo federal à Previdência Social e não assume a responsabilidade pela assistência a 40 milhões de deserdados. Para estes a APM considera importante a aplicação do PREV-SAÚDE, isto é, a participação do Estado se dando em áreas específicas, sem estatização.

c) Defende a criação de um Fundo Nacional de Assistência à Saúde que reúna fundos especificamente destinados à Medicina Assistencial. Considera essencial a harmonização dos órgãos públicos para que não faltem recursos à Medicina Preventiva.

d) Os médicos são hoje vítimas de um injusto sistema assistencial.

Com relação ao PREV-SAÚDE, considera:

a) O PREV-SAÚDE ultrapassou as recomendações de ALMA-ATA referentes à saúde básica da população, procurando transformar-se no Plano Nacional de Saúde. Propõe a canalização de recursos para a atenção primária em detrimento da área de atendimento.

b) O PREV-SAÚDE é uma opção claramente estatizante.

c) O PREV-SAÚDE é economicamente inviável e ainda injusto para os contribuintes da Previdência Social, que, na realidade, vão ser seus financiadores.

d) O PREV-SAÚDE irá gerar graves conseqüências no comportamento psicossocial do País, pois, embora venha representar um avanço nas áreas mais carentes da Nação, irá também representar um retrocesso, em suas áreas já desenvolvidas.

Documento n. 13: Apreciação Inicial do Anteprojeto do Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde — PREV-SAÚDE (de setembro de 1980) pela Federação Nacional dos Médicos.

Origem: FEDERAÇÃO NACIONAL DOS MÉDICOS.

A Federação concorda com o diagnóstico do setor saúde feito no projeto e com sua reorientação para a assistência médica primária, sem o que poderá haver um incontável aumento dos custos, tornando-se inviável o atendimento à população.

Defende a tese de que a atenção primária é da competência e responsabilidade exclusivas do poder público, sem que, entretanto, haja qualquer restrição à atividade liberal dos médicos em seus consultórios.

Com relação às diretrizes gerais acha que as competências de coordenação devam ser atribuídas ao Estado e município, concorda com o acesso universal e com os procedimentos simplificados e com a participação das entidades representativas das comunidades.

Quanto ao Modelo de Prestação de Serviços a Federação concorda com ele e sugere o subsídio ao preço de alimentos básicos para a população carente e que o apoio diagnóstico seja fornecido pela rede própria de laboratório de análises clínicas; que seja incluído entre as especialidades médicas a Psiquiatria e a Psicologia.

Com relação aos Recursos Humanos, no que tange aos profissionais médicos incluídos no PREV-SAÚDE, a Federação Nacional dos Médicos acha que este projeto despreza os direitos já adquiridos da categoria médica no que diz respeito à jornada de trabalho e às perspectivas de melhor adequação dos seus honorários e vencimentos.

A Federação não concorda com a dedicação exclusiva; tem posição firmada de que a remuneração inicial deve ser de no mínimo 10 dos maiores salários mínimos regionais para uma jornada de 4 horas diárias. Respeitadas estas condições legais, poderia ser consubstanciada desde já a jornada de 8 horas.

Com relação às estratégias de desenvolvimento do Programa, a Federação considera:

— que a prioridade deva ser para as regiões mais carentes;

— que os órgãos executivos dos Ministérios da Saúde e da Previdência devem ter sua atuação regional subordinada à CIPE;

— que o MEC deve atualizar seus currículos visando a formação de generalistas;

— que a avaliação e controle do PREV-SAÚDE não deve ficar restrita aos planejadores da SEPLAN, mas ser também exercida pela Comissão de Saúde das Casas Legislativas, Entidades Sindicais de Base Nacional e pela Federação Nacional dos Médicos.

Finalmente, a Federação declara-se expressamente contrária a que os custos com recursos humanos sejam inferiores ao do mercado de trabalho.

Bibliografia ²⁴

1. A NOVA lei de assistência da Grã-Bretanha (sem indicação do autor). *Industriários*, 8, abr. 1949. Transcrito de *The Ministry of Labour Gazette*.
2. A PREVIDÊNCIA social no Brasil e no estrangeiro (sem indicação do autor). Rio de Janeiro, FGV, 1950.
3. A seguridade social. *Industriários*, 23, out. 1952.
4. ABRAMGE. *Anais do II congresso internacional de medicina de grupo*. Rio de Janeiro, 1973.
5. ALTHUSSER, Louis. Contradição e sobredeterminação. In: *Análise crítica da teoria marxista*. Rio de Janeiro, Zahar, 1967.
6. ALTMEYER, Arthur J. A liberdade dos indivíduos e a seguridade social. *Entrevista. Industriários*, 24, dez. 1951.
7. ALVES, Aluizio. A função social do seguro de acidentes do trabalho. *Industriários*, 9, jun. 1949.
8. AMARAL VIEIRA, R.A. *Intervencionismo e autoritarismo no Brasil*. São Paulo, Difel, 1975.
9. AROUCA, Antônio Sergio Silva. *O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva*. Tese de doutorado. Unicamp, 1975, mimeogr.

24. Corresponde à bibliografia das duas teses que deram origem a esta publicação, e do relatório original de pesquisa. Algumas das citações diretas a textos aqui referidos foram eliminadas nos cortes para elaboração da forma final do livro, mas optamos por preservar a bibliografia original.

10. ASSIS, Armando de Oliveira. Em busca de uma concepção moderna de risco social. *Industriários*, 18, dez. 1950.
11. — Congressos internacionais de seguridade social. *Industriários*, 22, ago. 1951.
12. — A involução da previdência social no Brasil. *Industriários*, 70, ago. 1959.
13. — A seguridade social na Conferência Internacional do Trabalho. *Industriários*, 23, out. 1951.
14. A seguridade social na França. *Industriários*, 8, abr. 1949.
15. AZEVEDO, A.C. Política nacional de saúde. In: *VI Conferência Nacional de Saúde*, 1977, mimeogr.
16. BARAT, Ana Maria. *Estudo de gastos do setor público com a função saúde*, s.l. PAPPE, Ministério da Saúde, 1973.
17. BASTOS, Murillo Vilela. *Saúde e previdência social no Brasil: o impacto da previdência social na organização dos serviços médicos*. Rio de Janeiro, FGV/EBAP, 1978, mimeogr.
18. BELTRÃO, Hélio. Benefícios de assistência. Serviço de Organização do Departamento de Assistência. Planejamento e Implantação no Distrito Federal, *Industriários*, 13, jan. 1950.
19. — Serviços de assistência. *Industriários*, 20, abr. 1951.
20. BERLINGUER, Giovanni. *La salute nelle fabbriche*. Roma, Donato Editore, 1975.
21. BORGES, Durval Rosa. *Seguro social no Brasil*. São Paulo, s. ed. 1948.
22. BRAGA, José Carlos de Souza. *A questão da saúde no Brasil: um estudo das políticas sociais em saúde pública e medicina previdenciária no desenvolvimento capitalista*. Dissertação de mestrado. Unicamp, 1978, mimeogr.
23. — DE PAULA, S.G. Saúde e previdência. São Paulo. Cebes, Hucitec, 1981.
24. — SILVA, P.L.B. *A crise previdenciária: sinais de impasse na política social*, 1981, mimeogr.
25. BRASIL. Decreto n. 4.682, 24 jan. 1923.
26. — Decreto n. 5.109, 20 dez. 1926.
27. — Decreto n. 20.465, 1 out. 1931.

28. — Decreto n. 21.081, 24 fev. 1932.
29. — Decreto n. 22.016, 26 out. 1932.
30. — Decreto n. 22.872, 29 jun. 1933.
31. — Decreto n. 24.077, 3 abr. 1934.
32. — Decreto n. 24.615, 9 jul. 1934.
33. — Decreto n. 54, 12 set. 1934.
34. — Decreto n. 890, 9 jun. 1936.
35. — Decreto n. 1.918, 27 ago. 1937.
36. — Decreto n. 6.597, 13 dez. 1940.
37. — Decreto n. 7.526, 7 maio 1945.
38. — Decreto n. 22.367, 27 dez. 1946.
39. — Decreto n. 25.268, 28 jul. 1948.
40. — Decreto n. 27.664, 30 dez. 1949.
41. — Decreto n. 31.547, 6 out. 1952.
42. — Decreto n. 32.667, 1 maio 1953.
43. — Decreto n. 72, 21 nov. 1966.
44. — Decreto n. 68.806, 25 jun. 1971.
45. — Decreto n. 74.000, 1 maio 1974.
46. — Decreto n. 77.077, 24 jan. 1976.
47. — Decreto-Lei n. 4.682, 24 jan. 1923.
48. — Decreto-Lei n. 24.077, 3 abr. 1934.
49. — Decreto-Lei n. 22.222, 10 maio 1934.
50. — Decreto-Lei n. 288, 23 fev. 1938.
51. — Decreto-Lei n. 574, 28 jul. 1938.
52. — Decreto-Lei n. 651, 26 ago. 1938.
53. — Decreto-Lei n. 970, 21 dez. 1938.
54. — Decreto-Lei n. 1.124, 28 fev. 1939.
55. — Decreto-Lei n. 1.186, 3 abr. 1939.
56. — Decreto-Lei n. 1.308, 31 maio 1939.
57. — Decreto-Lei n. 1.834, 4 dez. 1939.
58. — Decreto-Lei n. 1.982, 26 jan. 1940.
59. — Decreto-Lei n. 2.122, 9 abr. 1940.
60. — Decreto-Lei n. 2.474, 5 ago. 1940.
61. — Decreto-Lei n. 2.611, 20 set. 1940.
62. — Decreto-Lei n. 2.865, 12 dez. 1940.
63. — Decreto-Lei n. 3.138, 24 mar. 1941.
64. — Decreto-Lei n. 3.173, 3 abr. 1941.
65. — Decreto-Lei n. 3.829, 20 maio 1941.
66. — Decreto-Lei n. 3.347, 12 jun. 1941.
67. — Decreto-Lei n. 3.768, 28 out. 1941.
68. — Decreto-Lei n. 9.939, 16 dez. 1941.
69. — Decreto-Lei n. 4.371, 10 jun. 1942.

70. — Decreto-Lei n. 4.830, 15 out. 1942.
71. — Decreto-Lei n. 5.087, 14 dez. 1942.
72. — Decreto-Lei n. 5.211, 20 jan. 1943.
73. — Decreto-Lei n. 5.452, 1 maio 1943.
74. — Decreto-Lei n. 5.684, 20 jul. 1943.
75. — Decreto-Lei n. 5.772, 24 ago. 1943.
76. — Decreto-Lei n. 7.835, 6 ago. 1945.
77. — Decreto-Lei n. 8.252, 29 nov. 1945.
78. — Decreto-Lei n. 8.769, 21 jan. 1946.
79. — Decreto-Lei n. 9.218, 1 maio 1946.
80. — Decreto-Lei n. 9.428, 5 jul. 1946.
81. — Decreto-Lei n. 9.485, 18 jul. 1946.
82. — Decreto-Lei n. 66, 1966.
83. — Decreto-Lei n. 200, 1968.
84. — Lei n. 159, 30 dez. 1935.
85. — Lei n. 367, 31 dez. 1936.
86. — Lei n. 2.134, 14 dez. 1953.
87. — Lei n. 3.807, 26 ago. 1960.
88. — Lei n. 5.859, 11 dez. 1972.
89. — Lei n. 5.850, 8 jun. 1973.
90. — Lei n. 6.025, 25 jun. 1974
91. — Lei n. 6.118, 1974.
92. — Lei n. 6.136, 7 nov. 1974.
93. — Lei n. 6.179, 11 dez. 1974.
94. — Lei n. 6.195, 19 dez. 1974.
95. — Lei n. 6.210, 4 jun. 1975.
96. — Lei n. 6.226, 14 jun. 1975.
97. — Lei n. 6.229, 17 jul. 1975.
98. — Lei n. 6.243, 24 set. 1975.
99. — Lei n. 6.309, 15 dez. 1975.
100. — Ministério da Educação e Cultura. *Parecer n. 506/69.*
101. — Ministério do Planejamento. *II plano nacional de desenvolvimento, 1974.*
102. — Ministério do Planejamento e Coordenação Econômica. *Plano decenal de desenvolvimento econômico e social, 1967.*
103. — Ministério do Trabalho e Previdência Social. *A assistência médica na previdência social, 1973, mimeogr.*
104. — *Coordenação da assistência médica com o sistema universitário, 1973.*

105. — Eloy Chaves, precursor da previdência social no Brasil. *Divulgação*, 15, 1965.
106. — Portaria MPAS n. 39, 5 set. 1974.
107. — *Sistema nacional de saúde*, 1975.
108. — INPS. *O plano de pronta ação/PPA (Portaria n. 39, 78, 79) e normas complementares*, set. 1975.
109. — Portaria n. 48, 21 jun. 1972.
110. — CONASP. Plano de reorganização da assistência à saúde no âmbito da previdência social. *Portaria n. 3.062*, 23 ago. 1982.
111. BUSS, Paulo; SHIRAWA, Tizuk & MARANHÃO, Eduardo. *Ministério da saúde e saúde coletiva: A história de 20 anos (1953/1974)*. Rio de Janeiro, IMS, 1976, mimeogr.
112. CAFÉ FILHO, João Mensagem ao Poder Legislativo, 15 mar. 1955. Trechos. *Industriários*, 44, abr. 1955.
113. CAMARGO et alii. *São Paulo, 1975 — Crescimento e pobreza*. São Paulo, Loyola, 1975.
114. CAMPANHOLE, Adriano. *Legislação de previdência social*. 8ª ed. São Paulo, Atlas, 1968.
115. CANGUILHEM, Georges. *Lo normal y lo patológico*. Buenos Aires, Siglo XXI, 1971.
116. Capitalização ou repartição? *Industriários*, 26, 30, abr., dez. 1952.
117. CARDOSO, Fernando Henrique. *O modelo político brasileiro*. São Paulo, Rio de Janeiro, Difel, 1977.
118. CARDOSO, Míriam Limoeiro. *Ideologia do desenvolvimento. Brasil: JK-JQ*. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1977.
119. CARDOSO, Moacir Alves. A assistência médica na previdência social. *Industriários*, 67, fev. 1959.
120. CARDOSO DE OLIVEIRA, Moacir Velloso. O auxílio-matrimônio: benefício relevante. *Industriários*, 18, dez. 1950.
121. CARONE, Edgar. *A República Nova (1930-1937)*. São Paulo, Rio de Janeiro, 1976.
122. CARVALHO, J.V. 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*. Rio de Janeiro, jun./jul, 1955. v. 1.

123. CASTELO BRANCO, Renni. Medicina de grupo: INPS aconselha convênios. *O Estado*, Florianópolis, dez. 1976.
124. CATANHEDE ALMEIDA, Plínio Rios. Introdução ao relatório de 1940. Apresentado ao Conselho Fiscal do IAPI. *Rev. Brasileira de Atuária*, 1940.
125. CÍRCULO dos Operários da União. *Consulta feita pelo Círculo dos Operários da União aos homens mais em evidência no seio da colectividade brasileira*. Rio de Janeiro, 1914.
126. CLEMENT, Michel. Progressos e tendências da seguridade social no período 1958-60. *Industriários*, 84, dez. 1961.
127. Comentários sobre o seguro social. *Industriários*, 25, 26, 27, fev., abr., jun. 1952.
128. Condições de financiamento para novos hospitais. *Industriários*, 24, dez. 1951.
129. COPPINI, Mário Alberto. Cobertura dos riscos no seguro social. *Industriários*, 22, ago. 1951.
130. CORDEIRO, Hésio A. *Determinantes do consumo de medicamentos*. Tese de mestrado. Rio de Janeiro, IMS, 1978, mimeogr.
131. CORSI, Angelo. Necessidade, reforma e evolução da previdência social. *Industriários*, 55, fev. 1957.
132. DEAN, Warren. *A industrialização de São Paulo*, 2ª ed. São Paulo, Difel, s/d.
133. DONNANGELO, Maria Cecília Ferro. *Medicina e sociedade: O médico e seu mercado de trabalho*. São Paulo, Pioneira, 1975.
134. — & PEREIRA, Luís. *Saúde e sociedade*. São Paulo, Duas Cidades, 1976.
135. DUPEYROUX, J.J. Algumas reflexões sobre o direito à seguridade social. *Industriários*, 79, fev. 1961.
136. DUTRA, Eurico Gaspar. Mensagem ao Poder Legislativo, 15 mar. 1949. Trechos transcritos sob o título A Previdência Social na Mensagem do Chefe do Governo. *Industriários*, 8, abr. 1949.
137. — Mensagem ao Poder Legislativo, 15 mar. 1950. Idem. *Industriários*, 14, abr. 1950.
138. EPEA. *Diagnóstico preliminar da previdência social*. Rio de Janeiro, 1966.

139. FALEIROS, Vicente P. As funções da política social no capitalismo. In: *A política social do estado capitalista*. São Paulo, Cortez, 1980.
140. FAUSTO, Boris. *Trabalho urbano e conflito social*. Rio de Janeiro, São Paulo, Difel, 1977.
141. FEDERAÇÃO dos Trabalhadores nas Indústrias Químicas e Farmacêuticas do Estado de São Paulo. *Boletim Informativo*, 7 (80), out. 1976.
142. FERNANDES, Florestan. *A revolução burguesa no Brasil*. Rio de Janeiro, Zahar, 1975.
143. FLEURY TEIXEIRA, Sonia M.; ROCHA, Lindemberg & SANTOS, Maria E. Sto. As instituições médicas na Revolução Francesa: lugar de articulação do saber e da prática política. IMS, dez. 1975, mimeogr.
144. FOUCAULT, Michel. *Conferência no Instituto de Medicina Social da UERJ*. IMS/UERJ, 1974, mimeogr.
145. — *El nacimiento de la clínica*. México, Siglo XXI, 1966.
146. FURTADO, Celso. *Formação econômica do Brasil*. São Paulo, Nacional, 1971.
147. GARCIA, Juan César. *La articulación de la medicina y de la educación en la estructura social*. Organização Pan-americana de Saúde, 1974, mimeogr.
148. — *A que cosa designamos como mercancía en el campo de la salud?* s.d. mimeogr.
149. — *Medicina y sociedade*, s.d., mimeogr.
150. GENTILE DE MELLO, Carlos. *Coleção de artigos*. Folha de São Paulo, 1977-8.
151. — *A previdência social e os hospitais de ensino. O convênio INPS/UEG*. Rio de Janeiro, 1975, mimeogr.
152. — *Saúde e assistência médica no Brasil*. São Paulo, CEBES-HUCITEC, 1977.
153. GODIM, Dante Souza. Unificação da previdência social. *Mensário Estatístico Atuarial*, 176, ago. 1967.
154. GOMES, Angela M. de Castro. Legislação social: um marco histórico comparativo. In: *Burguesia e trabalho: política e legislação social no Brasil (1917-1937)*. Rio de Janeiro, Campus, 1979.
155. GRAMSCI, Antônio. *Maquiavel, a política e o estado moderno*. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 1978.

156. GRUPPI, Luciano. *Tudo começou com Maquiavel: as concepções do estado em Mary, Engels, Lenin e Gramsci*. Porto Alegre, L & PM, 1980.
157. HIRSCH, Joachim. *Éléments pour une théorie matérialiste de l'état*. In: VICENT, J. M. et alii. *L'état contemporain et le marxisme*. Paris, Maspero, 1975.
158. IANNI, Octavio. *O colapso do populismo no Brasil*. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 1968.
159. INSTITUTO de Aposentadoria e Pensões dos Industriários, GPD (Gabinete da Presidência). *Notas sobre a Previdência Social*. *Industriários*, 2:47-58, abr. 1948.
160. INSTITUTO Brasileiro de Geografia e Estatística. *Anuários Estatísticos do Brasil*. Rio de Janeiro, s.d.
161. IORIO, Oswaldo. Investimentos do seguro social brasileiro. *Industriários*, 82, ago. 1961.
162. — Problemas suscitados pelo projeto da lei orgânica da previdência social. *Industriários*, 67, 71, fev., out. 1959.
163. — Síntese econômico-financeira do IAPI. *Industriários*, 70, ago. 1959.
164. *JORNAL DO BRASIL*. *Câmara arquiva em segredo a defesa de Armando Falcão*; Exercício de tiro (editorial); Rezende e Bonifácio consideram IAPM um caso encerrado; Falcão em 52 pedia na Câmara a divulgação do inquérito; Presidente da Câmara não divulga defesa do ministro. Rio de Janeiro, 30 jun. 1977. 1 cad. p. 1, 6, 10, 20, 22-23.
165. KOWARICK, Lucio. *Estratégia e planejamento social no Brasil*. São Paulo, CEBRAP, 1976.
166. KUBITSCHKE DE OLIVEIRA, Juscelino. No ato de inauguração do novo Instituto Nacional do Câncer. Rio de Janeiro, 22 ago. 1957. In: *Discursos — 1957*. Rio de Janeiro, Departamento de Imprensa Nacional, 1958.
167. — Nas comemorações do Dia do Trabalho, sobre a situação política e social. Rio de Janeiro, 1 maio 1957. In: *Discursos — 1957*. Rio de Janeiro, Departamento de Imprensa Nacional, 1958.

168. — *Discurso no Automóvel Club do Brasil, em homenagem à Confederação Nacional dos Trabalhadores na Indústria*, 25 out. 1956. In: *Discursos — 1956*. Rio de Janeiro, Departamento de Imprensa Nacional, 1958.
169. — No encerramento do XIII Congresso Brasileiro de Higiene. Fortaleza, 16 ago. 1956. In: *Discursos — 1956*. Rio de Janeiro, Departamento de Imprensa Nacional, 1958.
170. — Mensagem ao Poder Legislativo, 15 mar. 1956. Trechos. *Industriários*, 50, abr. 1956.
171. — Mensagem ao Poder Legislativo, 15 mar. 1957. Trechos. *Industriários*, 56, abr. 1957.
172. — Mensagem ao Poder Legislativo, 15 mar. 1958. Trechos. *Industriários*, 62, abr. 1958.
173. — Na solenidade de instalação do Congresso da Associação Médica de Minas Gerais. Belo Horizonte, 15 out. 1957. In: *Discursos — 1957*. Rio de Janeiro, Departamento de Imprensa Nacional, 1958.
174. — Na solenidade de instalação do ETEBANORTE — Escritório Técnico das Bancadas do Norte e Nordeste. Rio de Janeiro, 29 set. 1957. In: *Discursos — 1957*. Rio de Janeiro, Departamento de Imprensa Nacional.
175. — Pela Voz do Brasil o Presidente da República transmite suas primeiras manifestações do programa governamental. Rio de Janeiro, 17 fev. 1956. In: *Discursos — 1956*. Rio de Janeiro, Departamento da Imprensa Nacional, 1958.
176. — Pela Voz do Brasil, aos trabalhadores, sobre salário e poder aquisitivo. Rio de Janeiro, 1 maio 1956. In: *Discursos — 1956*. Rio de Janeiro, Departamento de Imprensa Nacional, 1958.
177. — Pela Voz do Brasil, balanceando ano e meio de seu governo. Rio de Janeiro, 1 ago. 1957. In: *Discursos — 1957*. Rio de Janeiro, Departamento de Imprensa Nacional, 1958.
178. LANDMAN, Jaime. Os hospitais universitários e o convênio MEC-Previdência Social. *Rev. Brasileira de Medicina*, 32 (3), mar. 1975.
179. — & QUADRA, Antônio Augusto. Convênio MEC/INPS: fato, fábula e fantasia. *Revista Paulista de Hospitais*, 26 (2), fev. 1978.

180. LAROQUE, P. Seguridade social. *Industriários*, 15, jun. 1950.
181. — *Seguridade social e economia*. *Industriários*, 85, fev. 1962.
182. LOJKINE, Jean. *Le marxisme, l'état et la question urbaine*. Paris, PUF, 1977.
183. LUZ, Madel Terezinha. *As instituições médicas no Brasil: instituição e estratégia de hegemonia*. Rio de Janeiro, Graal, 1979.
184. MADEIRA, João Lyra. Assistência médica da previdência social. *Mensário Estatístico — Atuarial*, 14, out. 1966.
185. — O Brasil e a previdência social. *Industriários*, 3, jun. 1948, p. 9-18.
186. — Comentários sobre o seguro social. *Industriários*, 58, ago. 1957.
187. — As taxas de invalidez. *Industriários*, 12, dez. 1949.
188. MALLOY, James M. A política de previdência social no Brasil: participação e paternalismo. *Rev. Dados*, Rio de Janeiro, 13, 1976.
189. — Previdência social e classe operária no Brasil. Uma nota de pesquisa. *Estudos CEBRAP*, São Paulo, 15, 1976.
190. MARSHALL, T. H. *Cidadania, classe social e status*. Rio de Janeiro, Zahar, 1967.
191. — *Política social*. Rio de Janeiro, Zahar, 1967.
192. MARTINS, Carlos Estevan. *Capitalismo de estado e Modelo político no Brasil*. Rio de Janeiro, Graal, 1977.
193. MARTINS, Luciano. *Jornal do Brasil*, Rio de Janeiro, 2 out. 1977. Cad. esp.
194. MARX, Karl. *O capital: crítica da economia política*. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 1971.
195. — *Contribuição para a crítica da economia política*. Lisboa, Estampa, 1973.
196. — *Los fundamentos de la critica de la economia política*. Madrid, s. ed. 1972, p. 171.
197. MOLES, Ricardo M. Instabilidade política, desenvolvimento econômico e seguridade social na América Latina. *Industriários*, 83, out. 1961.
198. MONACO, Riccardo. Assistência social no direito internacional. *Industriários*, 21, jun. 1959.

199. MONTEIRO, Péricles de Souza. O seguro social brasileiro e a experiência estrangeira. *Industriários*, 19, fev. 1951.
200. MONTENEGRO, Severino. Relatório do Serviço de Estatística e Atuária do IAPC relativo ao ano de 1941. *Rev. Brasileira de Atuária*, 2:46-74, (2), jul. 1942.
201. NASCIMENTO E SILVA, Luiz Gonzaga. A medicina previdenciária e a nova instituição de assistência médica. In: *VI Conferência Nacional de Saúde*, 1971. mimeogr.
202. — Política de previdência e assistência social. *Rev. Segurança e Desenvolvimento*, 160, 1975.
203. — Necessidade de normas uniformes de seguridade social. *Industriários*, 27, jun. 1952.
204. NEVES, V. & TORRES DE OLIVEIRA, F. L. As aposentadorias por invalidez e suas causas. *Industriários*, 11, out. 1949.
205. NOGUEIRA, Roberto Passos. *Medicina interna e cirurgia: a formação social da prática médica*. Tese de mestrado. Rio de Janeiro, IMS, 1978, mimeogr.
206. — O papel da matemática nos problemas previdenciários. *Mensário Estatístico-Atuarial*, 18 (213), 1970.
207. Noticiário Nacional (sem indicação de autor). *Industriários*, 67, fev. 1959.
208. — *Industriários*, 69, jun. 1959.
209. O'CONNOR, James. *USA: a crise do estado capitalista*. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1977.
210. O'DONNELL, G. Sobre o corporativo e a questão do estado. *Cadernos DCP-UFMC*, 3, mar. 1976.
211. O GLOBO (sem indicação de autor). Os Institutos de Previdência Social, 27 ago. 1947. *Industriários*, 1, fev. 1948.
212. OLIVEIRA, Jaime A. de Araújo. A crise da previdência e seu impacto sobre a política de saúde. *Saúde em Debate*, CEBES, 13, 1981.
213. — Em defesa do Prev-Saúde. *Saúde em Debate*. CEBES, 11, 1981.
214. — *Política social, acumulação e legitimidade: contribuição à história da previdência social no Brasil (1923-1960)*. Tese de mestrado. IMS/UERJ, 1980, mimeogr.

215. — & TEIXEIRA, Sonia M. F. *Medicina de grupo: a medicina e a fábrica*. In: GUIMARÃES, Reinaldo (org.) — *Saúde e medicina no Brasil: contribuição para um debate*. Rio de Janeiro, Graal, 1979.
216. — NOGUEIRA, R. P.; POSSAS, C.; RIBEIRO, M. & MEDEIROS, M. *O complexo previdenciário de assistência médica*. Programa de Estudos Sócio-Econômicos em Saúde (PESES), FIOCRUZ/FINEP, 1978, mimeogr.
217. PEDRO, Alim. Benefícios de assistência. *Editorial Industriários*. 17, out. 1950.
218. — Os novos conjuntos residenciais de Bangu e Moça Bonita. *Industriários*, 19, fev. 1951.
219. PERTICONE, Giacomo. Previdência social e assistência social. *Industriários*, 14, abr. 1950. (Transcrito da *Rivista Internazionale della Protezione Sociale*).
220. PINHEIRO, Paulo Sérgio. *Política e trabalho no Brasil*. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1975.
221. Planos para a segurança social na Grã-Bretanha (sem indicação do autor). *Revista Brasileira de Atuária*, 1943. Transcrito na *Revue Internationale du Travail*, 67 (1), jan. 1943.
222. POLLACK, Jean Claude. *La médecine du capital*. Paris, Maspero, 1972.
223. PORTELLI, H. *Gramsci y el bloque histórico*. Argentina, Siglo XXI, 1974.
224. POSSAS, Cristina. *Saúde e trabalho*. Rio de Janeiro, Graal, 1981.
225. POTESTÁ, Luciano. Previdência social e estado assistencial. *Industriários*, 76, ago. 1960, 1ª parte. *Industriários*, 77, out. 1960, 2ª parte.
226. POULANTZAS, Nicos. *A crise das ditaduras: Portugal, Grécia, Espanha*. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1976.
227. — As lutas políticas: o estado, condensação e uma relação de força. In: *O estado, o poder, o socialismo*. Rio de Janeiro, Graal, 1980.
228. — *Poder político e classes sociais*. Porto, Portucalense, 1971.
229. PRADO JR., Caio. *História econômica do Brasil*. 15 ed. São Paulo, Brasiliense, 1972.

230. RIBEIRO, Ana Clara Torres. *Elementos conceituais desenvolvidos pela pesquisa: campanhas sanitárias e sua institucionalização*. Análise Preliminar, 1977, mimeogr.
231. RODRIGUES, José Albertino. *Sindicato e desenvolvimento no Brasil*. São Paulo, Difel, 1968.
232. ROSEN, George. The evolution of social medicine. In: FREEMAN, H. E. org. *Handbook of medical sociology*. New York, Prentice Hall, 1963. p. 18-51.
233. SANTOS, Wanderley Guilherme. *Cidadania e justiça*. Rio de Janeiro, Campus, 1979.
234. SERVIÇO Atuarial do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio. Razões que se opõem à concessão de aposentadoria-prêmio. Posição Privilegiada da Assistência Médica. *Industriários*, 17, out. 1950, p. 5-9.
235. SIGERIST, Henry E. Bases históricas de las enfermedades industriales y ocupacionales. In: MOLINA, G. org. & SIGERIST, Henry E. *Selecciones. Historia y sociología de la medicina*. Bogotá, G. Molina, 1974.
236. — De Bismarck a Beveridge: desenvolvimento e objetivos da legislação de previdência social. *Textos de Apoio PESES/PEPPE*, 6, s.d. (Traduzido do *Bulletin of the History of Medicine* 8:365-88, abr. 1943).
237. SILVA, Fernando A. Rezende & MAHAR, Dennis. *Saúde e previdência social: uma análise econômica*, Rio de Janeiro, IPEA, 1974. (Relatórios de Pesquisa, 21).
238. SILVA, Sérgio. *Expansão cafeeira e origens da indústria no Brasil*. São Paulo, Alfa-Omega, 1976.
239. SINGER, Paul. *A crise do milagre*. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1976.
240. — Emprego, produção e reprodução da folha de trabalho. In: *Economia política do trabalho*. São Paulo, Hucitec, 1977.
241. SKIDMORE, Thomas. *Brasil: de Getúlio a Castello*. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1976.
242. SOUZA, Otelino de. *Médicos em Greve*. Aroeira, 1982.
143. STEPHANES, Reinold. *A previdência social urbana e o INPS*. MPAS/INPS, 1976, mimeogr.
244. TEIXEIRA, Sonia M. Fleury. *Assistência médica previdenciária: Evolução e crise de uma política social*. Tese de mestrado. IUPERJ, 1979, mimeogr.

245. TORRES DE OLIVEIRA, Francisco Luís. Depoimento do Presidente do INPS na CPI da Câmara Federal sobre a Previdência Social. Livro Branco. *Rev. Previdência Social*, INPS, número especial, 1968, 287 p.
246. — A quem cabe administrar a previdência social. *Rev. Previdência Social*, 6, maio-jun. 1968.
247. VALERIUS, Victor. *Legislação brasileira de assistência social*. Rio de Janeiro, Aurosa, 1954.
248. VARGAS, Getúlio. Mensagem lida perante a Assistência Nacional Constituinte no ato de sua instalação, 15 nov. 1933. In: *A nova política do Brasil*. 1938.
249. — Mensagem ao Poder Legislativo, 15 mar. 1951. Trechos. *Industriários*, 20, abr. 1951.
250. — Mensagem ao Poder Legislativo, 15 mar. 1952. Trechos. *Industriários*, 26, abr. 1952.
251. — Mensagem ao Poder Legislativo, 15 mar. 1953. Trechos. *Industriários*, 32, abr. 1953.
252. — Mensagem ao Poder Legislativo, 15 mar. 1954. Trechos. *Industriários*, 38, abr. 1954.
253. — *Nova organização administrativa do país. Discurso de posse na chefia do governo provisório, perante a junta governativa, 3 nov. 1930*. In: *A nova política do Brasil*. Coletânea de discursos. Rio de Janeiro, José Olímpio, 1938, v. 1.
254. — A plataforma da Aliança Liberal. Lida na Esplanada do Castelo, 2 jan. 1930. In: *A nova política do Brasil*. 1938.
255. — *O primeiro ano do governo provisório e suas diretrizes (3 out. 1931)*. In: *A nova política do Brasil*. Coletânea de discursos. Rio de Janeiro, José Olympio, 1938. v. 1.
256. — *O primeiro ano do governo provisório e suas realizações. Manifesto à nação, lido em sessão solene, no Teatro Municipal, 3 nov. 1931*. In: *A nova política do Brasil*. Coletânea de discursos. Rio de Janeiro, José Olympio, 1938. v. 1.
257. VIANNA, Luís Werneck. *Liberalismo e sindicato no Brasil*. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1976.
258. WEFFORT, Francisco C. Origens do sindicalismo populista no Brasil. *Estudos CEBRAP*, São Paulo, 4 abr./jun. 1973.

259. — *O populismo na política brasileira*, In: FURTADO, C., coord. *Brasil: tempos modernos*. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1968.
260. WILDMAN, Leo. Associação Internacional de Seguridade Social: a coordenação do IAPI. *Industriários*, 21, jun. 1951.
261. ZALENCA, A. Organização internacional do trabalho. Convênio n. 102, 1952. *Industriários*, 72, dez. 1959.

TABELAS E GRÁFICOS

TABELA I (a)

EVOLUÇÃO DA RECEITA, DESPESAS, SALDO E RESERVAS DA PREVIDÊNCIA SOCIAL BRASILEIRA (1923-1966) *
(VALORES CORRENTES, GRAFADOS EM Cr\$ 1.000,00)

Cr\$ 1.000,00

ANOS	RECEITA											SALDO		FUNDO DE GARANTIA (RESERVAS)	
	TOTAL	TOTAL		APOSENTADORIAS		PENSÕES		Serviço Médico-Hospitalar		OUTRAS		Valor Absoluto	% da Receita	Valor Absoluto	Reserva/ Despesa
		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	Reserva/ 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
1929	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	28,9	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

EVOLUÇÃO DA RECEITA, DESPESAS, SALDO E RESERVAS DA PREVIDÊNCIA SOCIAL BRASILEIRA (1923-1966) *
(VALORES CORRENTES, GRAFADOS EM CR\$ 1.000,00)

Cr\$ 1.000,00

ANOS	RECEITA		FUNDO DE GARANTIA (RESERVAS)								SALDO	FUNDO DE GARANTIA (RESERVAS)	Reserva/Despesa			
	TOTAL	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	% da Receita	Valor Absoluto	Reserva/Despesa
1954	17.135,4	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	68,6	5.631,8	23,1	2.054,7	8,6					7.522,7	31,4	55.663,1	3,4		
1956 *	36.962,5	67,7	7.323,7	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	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	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	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	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	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	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	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	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	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	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*, n. 32, abril 1953, p. 27-39 (VARGAS, Getúlio — "Mensagem ao Poder Legislativo"); 1956-1959 — Rev. *Industriários*, n. 83, outubro 1961, p. 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 I (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	4.790.032	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	34,0
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 Institu- tos 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	82	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	58.887	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	6,88	314.841	10,31

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
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	318.119	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		4.181.396	181,87	491.992	11,77	605.294	14,48
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 1964, 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 n. 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 n. 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 n. 4.682, de 24.01.1923, e Decreto n. 5.109, de 20/12/1926.

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 n. 4.682, de 23/01/1923, e n. 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).

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		TOTAL		APOSENTADORIAS		PENSÕES		SERVIÇO MÉDICO-HOSPITALAR		OUTRAS		SALDO		FUNDO DE GARANTIA (RESERVAS)	
	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	2.186,52	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	1,5
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	141,25	1,0	108,46	1,2	612,92	0,3	4.315,17	2,9
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	2,2
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	1,3
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	0,1	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	0,1	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	371,70	0,1	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

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		TOTAL		APOSENTADORIAS		PENSÕES		SERVIÇO MÉDICO-HOSPITALAR		OUTRAS		SALDO		FUNDO DE GARANTIA (RESERVAS)	
	Valor	Índice	Valor	Índice	Valor	Índice	Valor	Índice	Valor	Índice	Valor	Índice	Valor	Índice	Valor	Índice
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	801,99	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	2,6
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	2,6
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	1,0	1.661,70	5,3	568,41	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	3,8
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	3,7
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	3,6
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

* Idem nota da Tabela I

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		APOSENTADOS/ ASSOC. ATIVOS	PENSIONISTAS/ ASSOC. ATIVOS
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 INICIAL DO SEGURADO	VITALÍCIA (alínea a)	PENSÃO MENSAL TEMPORÁRIA (alínea b)			PECÚLIO
		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	432\$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\$0	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

IDADE INICIAL DO SEGURADO	VITALÍCIA (alínea a)	PENSÃO MENSAL TEMPORÁRIA (alínea b)			PECÚLIO
		Até 6 anos	6 a 12 anos	12 ou mais	
55	10\$3	2\$5	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

TABELA XI

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	261.465.060,60	1.280.210.781,80
Déficit do exercício	868.473.508,50	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	131.033.00,00	— (3)	70.833.333,00
Diferença	1.576.981.560,00	1.280.210.781,80	2.409.377.448,80
Outros valores entregues para amortização (1)	1.315.516.500,00	—	—
Saldo devedor em 31 de dezembro	261.465.060,60	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 (Decreto n. 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.

FONTE: A Previdência Social na Mensagem do Chefe do Governo, in: Industriários, n. 8, abril 1949.

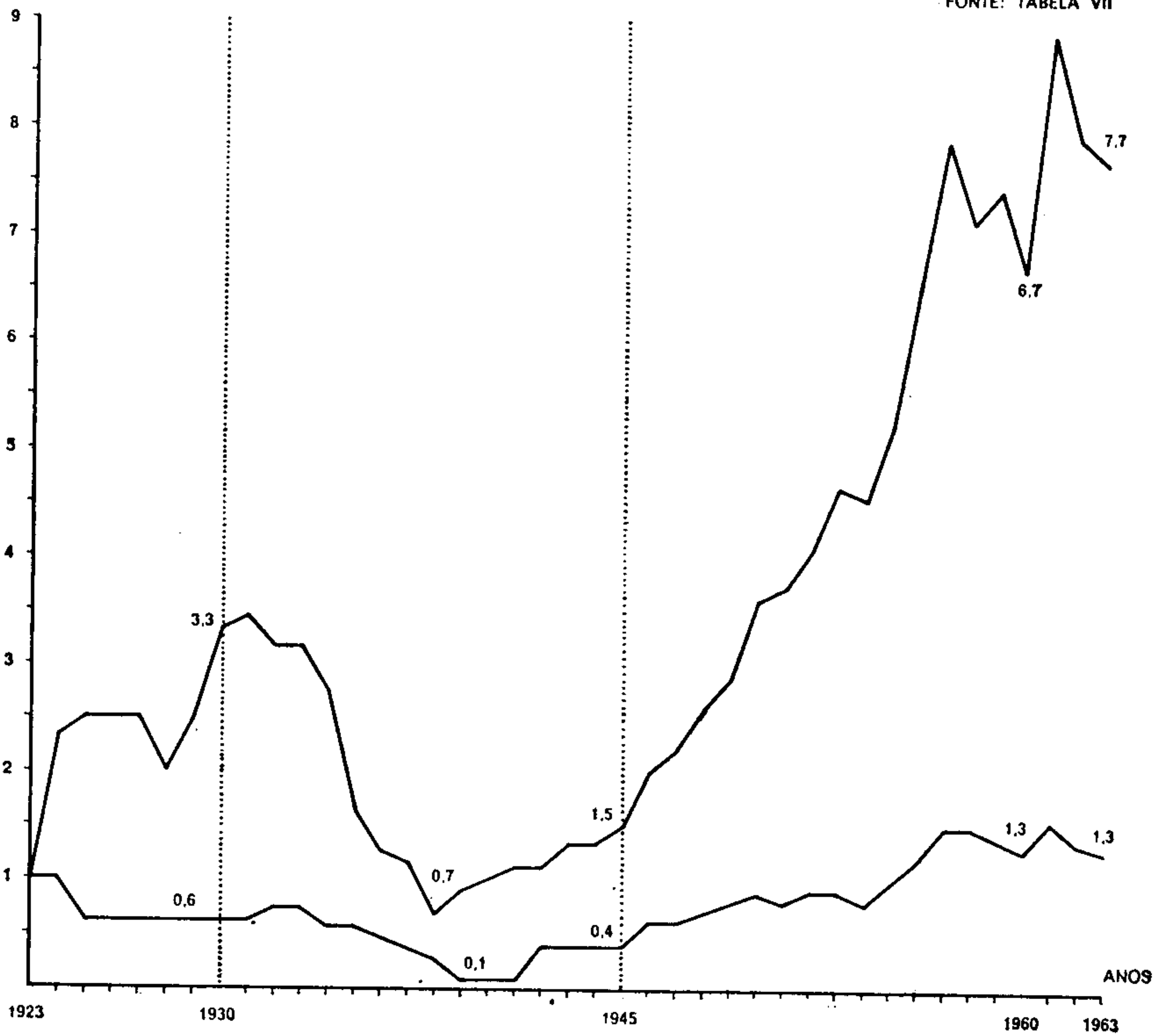
GRÁFICO I

RELAÇÃO DESPESA TOTAL / RECEITA NA PREVIDÊNCIA SOCIAL BRASILEIRA (1923-1966) (VALORES PERCENTUAIS)



GRÁFICO II
DESPESA E RECEITA POR ASSOCIADO ATIVO NA PREVIDENCIA SOCIAL BRASILEIRA (1923-1963)
 (VALORES REAIS. INDICE: 1923 = 1)

FONTE: TABELA VII



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 DA SALÁRIO)

BENEFÍCIOS E SERVIÇOS	Modelo Pré-30 (1923/26)	IAPM (1933/34)	IAPB (1934)	INSTITUTOS (período 30-45) *				Lei Orgânica de Previdência Social (1960)
				IAPI (1936/37)	IAPETC (1938)	IPASE (1938/41)	IAPC (1940) *	
Aposent. Ordinária	×		×		×	?	×	×
Aposent. p/Invalidez	×	×	×	×	×	? ou	×	×
Pensão	×	×	×	×	×	×	×	×
Assist. Médico Hospit.	×	×	×			×	×	×
Assist. Farmacêutica	×	×	×					×
Auxílio-Serv. Militar	×							
Auxílio-Funeral	×		×		×		×	×
Pecúlio	×					×	×	×
Auxílio-Doença			×	×			×	×
Auxílio-Maternidade			×				×	×
Auxílio-Detenção			×					×
Salário-Família								×
Assist. Alimentar								×
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 1940.

** No IAPB e IPASE as porcentagens variavam entre os segurados, conforme 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 n. 3.807, de 26.08.1960.



MATRIZ

R. Frei Luís, 100
Caixa Postal 90023
25689 Petrópolis, RJ
Tel.: (0242)43-5112

FILIAIS

R. Senador Dantas, 118-I
20031 Rio de Janeiro, RJ
Tel.: (021)220-6445

R. Joaquim Palhares, 227
Estácio de Sá
20260 Rio de Janeiro, RJ
Tel.: (021)273-3196

R. Joana Angélica, 63
(Ao lado da Faculdade
Cândido Mendes)
Ipanema
22420 Rio de Janeiro, RJ
Tel.: (021)267-5397

R. Senador Feijó, 158 e 168
01006 São Paulo, SP
Tels.: (011)35-7144 e 36-2288

R. Haddock Lobo, 360
01414 São Paulo, SP
Tel.: (011)256-0611

R. Thiers, 310 — Pari
03031 São Paulo, SP

Av. São Francisco de Assis, 218
12900 Bragança Paulista, SP
Tel.: (011)433-3675

R. Cel. Teófilo Leme, 1055
12900 Bragança Paulista, SP
Tel.: (011)433-3675

R. Tupis, 85, Loja 10
30190 Belo Horizonte, MG
Tels.: (031)273-2538 e 226-5383

R. Aimorés, 1583
30140 Belo Horizonte, MG
Tels.: (031)222-4152 e 222-4482

R. Espírito Santo, 963
36013 Juiz de Fora, MG
Tel.: (032)211-8061

R. Ramiro Barcelos, 390
90210 Porto Alegre, RS
Tel.: (0512)21-6522

R. Riachuelo, 1280
90010 Porto Alegre, RS
Tel.: (0512)26-3911

R. Joaquim Nabuco, 543
93310 Novo Hamburgo, RS
Tel.: (0512)93-8143

CLR/Norte, Q. 704
Bloco A, N. 15
70730 Brasília, DF
Tel.: (061)223-2436

R. 3, N. 291
74000 Goiânia, GO
Tel.: (062)225-3077

R. dos Coelhos, 485
50070 Recife, PE
Tel.: (081)221-4100

R. da Concórdia, 167
50020 Recife, PE
Tel.: (081)224-3924

R. Alferes Póli, 52
80230 Curitiba, PR
Tel.: (041)233-1392

R. Voluntários da Pátria, 39
80020 Curitiba, PR
Tel.: (041)223-6059

R. 15 de Novembro, 963
89010 Blumenau, SC
Tel.: (0473)22-3471

Av. Tristão Gonçalves, 1158
60015 Fortaleza, CE
Tel.: (085)231-9321

R. Major Facundo, 730
60025 Fortaleza, CE
Tel.: (085)221-4877

R. Carlos Gomes, 698-A
Conj. Bela Center, Loja 02
40110 Salvador, BA
Tels.: (071)241-8666 (PABX)

Av. Getúlio Vargas, 381
78025 Cuiabá, MT
Tels.: (065)322-6809 e 322-6967

R. Br. do Rio Branco, 1231
79013 Campo Grande, MS
Tels.: (067)384-1535 e 384-1593

Os autores deste estudo pretendem, num trabalho conjunto, fazer, de um lado, a história – desde sua origem – do serviço previdenciário no Brasil e, do outro, desvendar, um pouco, qual foi a política médico-previdenciária que orientou o Estado a partir de 1964.

A origem deste trabalho se encontra em duas pesquisas desenvolvidas independentemente pelos autores: uma sobre alguns aspectos da história da Previdência Social no Brasil de 1923-1960; outra sobre a política de assistência médico-previdenciária no pós-64. Como se vê, o objetivo é comum e complementar. Da dupla pesquisa segue-se a própria divisão do livro: histórica a primeira, sociológica a segunda.

Os Autores: *Jaime A. de Araújo Oliveira*, Mestre em Medicina Social pela UERJ, Mestrando em Ciência Política (IUPERJ) e Professor Assistente da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ).

Sonia Maria Fleury Teixeira, Mestre em Sociologia pelo IUPERJ, Doutoranda em Ciência Política (IUPERJ) e Professora da Escola Brasileira de Administração Pública – Fundação Getúlio Vargas.

O documento produzido por Sonia Maria Fleury Teixeira e Jaime Antônio Araújo Oliveira não significa, apenas, um relato histórico da evolução da "Assistência Médica Previdenciária". É muito mais do que isso. Trata-se, ao cabo, de análise sociológica da matéria, levando na devida conta os aspectos sociais, políticos e econômicos que influenciaram e continuam influenciando no funcionamento de um modelo encarado e classificado como caótico, elitista e corruptor.

Nesse particular, os autores, de forma didática, identificam as principais correntes de pensamento, cada qual atribuindo a diferentes determinantes as razões que explicam e justificam a política de saúde adotada pelo governo.

Dr. Carlos Gentile de Mello

Da mesma coleção "Saúde e Realidade Brasileira":

1. Cidadania e Loucura: Políticas de Saúde Mental no Brasil
2. Mulher, Saúde e Sociedade no Brasil
3. Demandas Populares, Políticas Públicas e Saúde:
Vol. I - Ciências Sociais e Saúde Coletiva
Vol. II - Movimentos Sociais e Cidadania

Outros livros de ABRASCO:

Educação e Favela
Lutas Urbanas e Controle Sanitário



ISBN 85.326.0068-9