

FGV/EBAP

CADERNOS EBAP

Nº 39

OUTUBRO DE 1988

**IMPACTOS DA RACIONALIZAÇÃO ADMINISTRATIVA  
NA CONCESSÃO DE BENEFÍCIOS PREVIDENCIÁRIOS\***

**Maria Eliana Labra\*\*  
Leandra de Vasconcellos C. Lobato\*\*\***

**Participou como consultora da pesquisa a  
Professora Sonia Fleury Teixeira**

\* Este trabalho faz parte do Relatório Final do Convênio FGV/DATAPREV/INPS. Rio de Janeiro, nov. de 1987.

\*\* Mestre em Administração Pública. Pesquisadora-Assistente do Convênio MPAS/FGV. Pesquisadora-Assistente da ENSP/FIOCRUZ.

\*\*\* Socióloga. Mestranda da EBAP/FGV. Pesquisadora-Auxiliar do Convênio MPAS/FGV.

## **CADERNOS EBAP**

Publicação da ESCOLA BRASILEIRA DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA da FUNDAÇÃO GETULIO VARGAS para divulgação, em caráter preliminar, de trabalhos acadêmicos e de consultoria sobre Administração Pública.

**DISTRIBUIÇÃO GRATUITA**

**DIRETOR DA EBAP:** Bianor Scelza Cavalcanti

**CHEFE DO DEPTº DE PESQUISA E PUBLICAÇÕES:** Sonia Fleury Teixeira

**EDITOR RESPONSÁVEL:** Paulo Emílio Martins

**COMITÊ EDITORIAL:** Corpo docente da EBAP

O texto ora divulgado é de responsabilidade exclusiva do(s) autor(es), sendo permitida a sua reprodução total ou parcial, desde que citada a fonte.

**Correspondência:**

**CADERNOS EBAP**

Praia de Botafogo, 190, sala 407

Botafogo - Rio de Janeiro - RJ

CEP 22.253

Telefone: (021) 551-1542 - Ramal 121

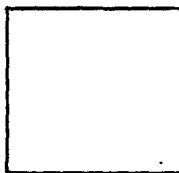
Prezado Leitor,

Estamos atualizando o nosso cadastro para que Você continue a receber gratuitamente os **CADERNOS EBAP** no endereço de sua preferência.

Caso deseje seguir recebendo a referida publicação, solicito o obséquio de fornecer e enviar-nos, com a maior brevidade possível os dados abaixo.

*O Editor*

Corte aqui



**CADERNOS EBAP**  
Escola Brasileira de Administração Pública da  
Fundação Getúlio Vargas  
*Departamento de Pesquisa e Publicações*  
Praia de Botafogo, 190, Sala 407  
Botafogo - Rio de Janeiro - RJ  
22 253

Dobre aqui

**CADASTRO: CADERNOS EBAP**

Nome: .....  
Instituição: .....  
Endereço: ..... Nº .....  
Cidade: ..... UF: .....  
País: .....  
Código postal: .....  
Data: ..... / ..... / .....  
Assinatura .....

## S U M Á R I O

|  |    |
|--|----|
| I - APRESENTAÇÃO .....   | 1  |
| II - POLÍTICA E ADMINISTRAÇÃO: UMA RELAÇÃO DIFÍCIL....                 | 1  |
| III - CRISE E REFORMA NA ADMINISTRAÇÃO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL .....     | 3  |
| 1. O Plano de Ação 1979 - 1985 .....                                   | 4  |
| 2. As soluções da Nova República .....                                 | 6  |
| IV - IMPACTOS DA RACIONALIZAÇÃO NA CONCESSÃO DE BENEFÍCIOS .....       | 11 |
| 1. Caracterização do problema .....                                    | 11 |
| 2. A dinâmica dos dados .....  | 14 |
| 2.1 - Evolução dos benefícios concedidos.....                          | 14 |
| 2.2 - O auxílio-doença previdenciário na concessão de benefícios ..... | 17 |
| 2.3 - Evolução dos benefícios em manutenção...                         | 28 |
| V - IMPACTO DA RACIONALIZAÇÃO NO ATENDIMENTO AOS USUÁRIOS .....        | 34 |
| VI - ARTICULAÇÃO INTER-INSTITUCIONAL .....                             | 38 |
| VII - CARACTERIZAÇÃO DA CLIENTELA DO INPS .....                        | 42 |
| 1. Características gerais .....  | 43 |
| 2. A clientela do auxílio-doença previdenciário.                       | 49 |
| VIII- CONSIDERAÇÕES GERAIS .....                                       | 55 |
| IX - SUGESTÕES FINAIS .....  | 57 |
| X - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....                                   | 61 |

## I - APRESENTAÇÃO

Este trabalho tem o propósito de examinar o impacto das medidas saneadoras e racionalizantes adotadas pela Previdência Social na concessão de benefícios na presente conjuntura.

A exposição aborda inicialmente a relação entre política e administração para, em seguida, expor as diretrizes governamentais e as propostas de mudança do Ministério da Previdência e Assistência Social no âmbito do INPS, para os períodos 1979/84 e 1985/89.

A direcionalidade da política previdenciária e da ação institucional são analisadas, finalmente, a partir de dados relativos à evolução da concessão de benefícios em geral e do auxílio-doença previdenciário em particular, enquanto área de especial preocupação da intervenção racionalizadora.

## II - POLÍTICA E ADMINISTRAÇÃO: UMA RELAÇÃO DIFÍCIL

Um dos temas mais controvertidos no campo da administração pública é o concernente à relação entre política e administração. Em geral, as abordagens centram-se no estudo dos determinantes macroestruturais das políticas públicas, ou bem limitam-se aos aspectos descritivos dos processos decisórios e administrativos a que dão lugar na fase de sua implementação. A dicotomização dos enfoques em torno dessas duas visões tem levado, com frequência, a que nos diagnósticos institucionais se relegue a segundo plano o fato de que a administração é um efeito da política e que os problemas administrativos decorrem principalmente da forma como as políticas foram-se configurando e concretizando ao longo do tempo.

Pode-se considerar as políticas públicas como questões socialmente relevantes, colocadas na agenda do governo num dado mo-

mento histórico, numa formação sócio-econômica específica, e como o produto - sempre inacabado - da luta que se trava em torno da materialização de interesses contraditórios no arcabouço jurídico-institucional do Estado.

Do anterior se depreende que não somente a formulação das políticas mas também sua implementação dificilmente correspondem a decisões tomadas racionalmente no seio do governo em nome de um mítico "interesse geral". Pelo contrário, a análise de qualquer política pública, além de revelar os avanços e recuos no percurso de sua institucionalização, mostra, sobretudo, que as decisões a ela pertinentes são determinadas, em última instância, pelo caráter das relações que se estabelecem entre o Estado e a sociedade civil. Isto remete, evidentemente, à natureza de classe do Estado capitalista dependente, ao tipo de regime político vigente, ao pacto de domínio que o sustenta, e, enfim, à composição das forças que imprimiram determinada direcionalidade à política em questão.

Nesse sentido, a construção dos aparatos institucionais através dos quais se executam as políticas e programas nunca segue uma trajetória pré-definida. Ao invés disso, as análises institucionais põem reiteradamente de manifesto a existência de inúmeras instâncias de diferente hierarquia, dependência administrativa e tamanho, que implementam ações superpostas, descontínuas, erráticas ou até contraditórias em torno da consecução de um mesmo objetivo.

Embora essa caracterização seja válida para todo o setor público, ela aparece de forma muito mais evidente na área social, pois nela o embate entre as classes dominantes e subordinadas se reflete mais diretamente. De um lado, as políticas sociais, via de regra, são utilizadas pelo regime como forma de legitimação e controle social e, por outro, constituem lugar privilegiado da luta da população pela conquista de seus direitos sociais de cidadania.

Assim, o diagnóstico das instituições encarregadas de implementar as políticas sociais torna-se bem mais difícil quando tenta apontar os problemas administrativos. As "disfunções" encontradas em tais diagnósticos geralmente são explicadas a partir do próprio comportamento organizacional, desconsiderando, portanto, a natureza política das variáveis que o afetam. A abstração de tais considerações tem levado reiteradamente a programas de modernização e racionalização que podem afetar, até negativamente, a própria efetividade social da política.

À luz das considerações acima, abordaremos nas seções seguintes, primeiramente, as principais propostas de intervenção racionalizadora na prática administrativa do INPS na conjuntura de transição para a Nova República, tentando destacar a dimensão político-ideológica do discurso institucional e, em seguida a sua eficácia na esfera particular da concessão de benefícios.

### III - CRISE E REFORMA NA ADMINISTRAÇÃO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL

Problemas de diversa natureza, abrangência e complexidade têm se gestado ao longo da evolução da Previdência Social, os quais terminaram por se refletir cumulativamente na ponta da linha do sistema, com um duplo efeito: penalizando, de um lado, a maioria dos usuários, que recebe prestação em valores extremamente baixos (quando não irrisórios) através de precária atenção e, de outro, os servidores, que são mal remunerados e trabalham em condições inadequadas, quando não desumanas.<sup>1</sup>

Tais problemas vieram à tona na fase identificada como a crise da Previdência Social, que teve seu ponto de inflexão nos anos de 1980-1982.<sup>2</sup> Tal fenômeno tem sido atribuído, por exemplo, à natureza das políticas sociais no Brasil, ao

caráter estrutural ou conjuntural da crise financeira do sistema previdenciário, às repercussões econômico-financeiras da universalização da seguridade social ou, ainda, à expansão da assistência médica e social no âmbito da Previdência.<sup>3</sup>

No plano político mais geral, já o II PND (1972/74) colocava em destaque a Previdência Social (enquanto expressão quase exclusiva das relações Estado-Sociedade), instando-a ao redirecionamento de sua atuação para atender às prioridades de política social do regime militar. Tal orientação foi reforçada no III PND (1975/80), que estabelecia como diretriz para a área previdenciária a desburocratização e racionalização do sistema de arrecadação. Pretendia-se, assim, possibilitar a universalização e a equalização dos planos de benefícios, entre outras considerações tais como o estímulo à expansão de fundos de previdência privada.<sup>4</sup>

As autoridades previdenciárias, por sua vez, atribuíram a crise a desajustes naturais entre o acelerado crescimento da massa previdenciária, decorrente das mudanças sócio-econômicas provocadas pelo desenvolvimento social, e a estrutura organizacional e financeira do INPS.<sup>5</sup>

Consoante com essas apreciações, foram empreendidos esforços racionalizadores em cada um dos órgãos do SINPAS e do INPS em particular, no sentido de adequar o plano de benefício às restrições financeiras impostas pela crise.

A seguir, caracterizamos sucintamente as propostas que, nesse sentido, foram elaboradas no âmbito do INPS na conjuntura pré e pós 1985.

### 1. O Plano de Ação 1979-1985

É no contexto de crise política, econômico-financeira e de legitimação que o MPAS introduz o planejamento como diretriz re



orientadora das linhas de atuação da Previdência Social. No âmbito do INPS, enquanto "fator de bem-estar social, a servir de suporte para a tranquilidade e segurança nacional"<sup>6</sup>, é criado um Grupo de Trabalho que teria como encargo a realização de vasto diagnóstico e posterior definição de um programa de ação. Esta iniciativa foi consubstanciada no documento **Análise Institucional e Plano de Ação. INPS - 1979/1985**, já citado.

A análise consistiu de uma descrição minuciosa das atividades e dificuldades internas e externas da instituição. O Plano de Ação daí resultante teve por propósito maior o bom atendimento ao beneficiário. Para atingi-lo, foram fixados quatro grandes objetivos operacionais, em torno dos quais se definiram 24 projetos estratégicos. Tais objetivos eram:

- a) otimizar o desempenho institucional ao nível da execução e do controle;
- b) modernizar os recursos, a estrutura e as instalações;
- c) intensificar o inter-relacionamento com o SINPAS e com as instituições públicas e privadas;
- d) redimensionar e ampliar o plano de benefícios.

A hierarquização dos projetos prioritários foi efetuada no Encontro Nacional dos Superintendentes Regionais e a Direção Geral em 1980. Nessa reunião, o seguinte grupo de projetos foi considerado como o mais urgente:

- 1 ) Seleção e Recrutamento de Pessoal
- 2 ) Acompanhamento e Controle da Execução
- 3 ) Atendimento ao Beneficiário
- 4 ) Sistema de Concessão de Benefícios
- 5 ) Perícia Médica

Reiterava-se, assim, as graves deficiências de que adoecia o INPS, principalmente nas áreas de pessoal e de atendimento ao público.

Quanto à concessão de benefícios, a parte relativa aos benefícios por incapacidade laborativa foi considerada a mais problemática. A este respeito, a análise institucional acusou insuficiência de médicos peritos, cujo número vinha sendo reduzido por contenção de gastos e compensado pelo credenciamento de clínicos da prática privada; total precariedade nas instalações para o exame médico-pericial; espera "vexatória" do segurado pelo resultado do exame; irracionalidade nos procedimentos e rotinas; carência de treinamento na área médico-pericial; ausência de sistema computarizado de registro de dados de produção.

Do exame do Plano de Ação do INPS para 1979/85 pode-se concluir, em resumo, que a iniciativa modernizante e racionalizadora não esteve inserida numa reformulação explícita da política previdenciária. Ao contrário, se tencionava mudá-la através da execução de projetos isolados que, como se verá mais adiante, tiveram efeitos concretos em relação ao acesso ao plano de benefícios por parte da população segurada.

## **2. As soluções na Nova República**

Na transição política, as propostas de ação do MPAS inserem-se no compromisso prioritário assumido pelo Governo da Nova República com a liberdade e os direitos do cidadão, com o combate à pobreza e ao desemprego e com o bem-estar social, enquanto enfoque a permear as políticas públicas destinadas à área social.<sup>7</sup>

A adesão do MPAS a esse compromisso maior expressou-se no enunciado de políticas, diretrizes e estratégias conducentes, em última instância, a culminar na revisão estrutural e organiza-

cional do Sistema Previdenciário, num processo que deverá caracterizar-se pelo envolvimento "dos segmentos representativos da sociedade no debate e na reflexão da questão social, visando encontrar soluções conjuntas que viabilizem o resgate da dignidade e dos direitos fundamentais do homem brasileiro".<sup>8</sup>

Por outro lado, a crise previdenciária, cujos sintomas mais visíveis se traduzem em déficits financeiros crescentes desde 1979, é explicada em termos da combinação de uma conjuntura econômica desfavorável com problemas de ordem estrutural do sistema acumulados, em especial, na década de 70 e acentuados pela crise mais geral do país a partir do início dos anos 80.<sup>9</sup>

A reorientação da Previdência significou a inauguração de um novo discurso moralizante e racionalizador. A gestão que assume o INPS em maio de 1985 empreende enérgica campanha destinada a sanear o que ficou conhecido como o "rombo da Previdência" e a combater a corrupção.

Nesse sentido, foi instaurada, na época, uma Comissão Parlamentar de Inquérito perante a qual o recém-empossado Presidente do INPS expôs a situação encontrada. Constatou que as administrações anteriores tinham descurado "as atividades de coordenação deixando que, generalizadamente, em todas as áreas, as ações transcorressem soltas e isentas dos devidos e indispensáveis controles, abrindo, conseqüentemente, margem à prática de fraudes internas e externas, causando prejuízos financeiros de extraordinária monta e gerando uma imagem pública altamente negativa da Instituição".<sup>10</sup>

Uma nova ética política e gerencial é anunciada em relação ao MPAS e integrada às diretrizes setoriais do I Plano de Desenvolvimento da Nova República.

Tendo em vista a junção do discurso com a prática através do planejamento, "que se encontrava desativado" pois as ações es

tavam direcionadas para as atividades orçamentárias,<sup>11</sup> a partir de "debates, diálogos e reflexões francos" foi elaborado o documento **Planejamento do MPAS/SINPAS 1987-1989. Plano de Ação 1987.**<sup>12</sup> Em sintonia com as políticas do Governo da Nova República quanto a "assegurar a transição democrática no país e promover a estabilidade social" bem como a "garantir a redistribuição de renda", no citado documento busca-se colocar o MPAS como "prestador eficiente, eficaz e efetivo dos serviços públicos de sua competência junto à população brasileira".<sup>13</sup> Para tanto, foi concebido e desenvolvido um Sistema de Planejamento que, junto com a Reforma Administrativa, visa atingir to dos os níveis da estrutura do MPAS, "objetivando maior produtividade, racionalidade e a conseqüente melhoria qualitativa dos serviços prestados aos usuários".<sup>14</sup>

Devido às restrições impostas pela crise, as prioridades do MPAS são dirigidas a ampliar e maximizar a receita própria, direcionando os gastos para a população previdenciária com vistas a "recuperar as perdas resultantes da recessão e da política econômica adotada em governos passados".<sup>15</sup> Ao mesmo tempo, o Plano procura "criar condições para aperfeiçoar e expandir o Sistema de Seguridade Social, de modo a permitir a todo cidadão brasileiro o acesso universal, equânime e permanente aos serviços prestados pela Previdência Social".<sup>16</sup>

Para tornar o Sistema mais **transparente, equilibrado, justo e equitativo**, o I PND/NR e o plano setorial propõem adotar uma série de medidas de curto, médio e longo prazo que podem ser sintetizadas em duas grandes áreas:

- saneamento, racionalização e reformulação dos sistemas de custeio, administração financeira, arrecadação e fiscalização, inclusive a apuração de fraudes e aplicação das medidas cabíveis;
- reexame do sistema de benefícios, tendo em vista a atenção prioritária dos segurados de baixa renda. Para tanto, propõe rever e aperfeiçoar a legislação e os mecanis

mos operacionais e de controle relativos à concessão e manutenção dos benefícios, bem como a reavaliação destes em função de sua essencialidade.

Tais propósitos, objetivos e metas deverão ser atingidos através de um processo de planejamento norteado pelos seguintes princípios, que o INPS já incorporara a sua ação em 1985.

- **Humanização e universalização**, entendidas como o respeito à dignidade da pessoa e aos seus direitos e à eliminação das discriminações vigentes no atendimento previdenciário e assistencial.

- **Democratização e transparência** das ações, aí incluindo a participação de trabalhadores, empresários e servidores nos debates, na gestão, na supervisão e na avaliação em relação ao desempenho do sistema.

- **Descentralização** do processo decisório, visando o fortalecimento dos níveis de base.

- **Austeridade** na aplicação dos gastos públicos e moralidade administrativa.

- **Valorização do servidor** através de nova política de pessoal e conscientização sobre a credibilidade do sistema.

- **Planejamento** integrado e participativo.

Em consonância com essas diretrizes e princípios, foram desencadeadas ações que se concentraram inicialmente na implantação de um amplo programa de **Combate Preventivo à Fraude**. Com relação ao INPS, este programa teve como eixo principal, além abertura de sindicâncias e inquéritos administrativos, a reativação ou criação de um conjunto de mecanismos de controle gerencial baseado na informatização dos dados e na designação

de equipes especializadas para acompanhamento da execução em todo o país. O alvo foi, obviamente, a área de benefícios e, dentro desta, a auditoria, revisão e racionalização de atividades e rotinas relativas à concessão e manutenção de benefícios por motivo de doença ou invalidez.

Se nas atividades-meio procurou-se efetivar a articulação institucional com a DATAPREV e o IAPAS, quanto às áreas-fim o INAMPS recebeu atenção preferencial. Neste sentido, foram revitalizados o Projeto de Atendimento ao Acidentado do Trabalho e o Programa Integrado de Tratamento Médico-Social Prioritário (PITMSP). Este último está destinado a proporcionar aos segurados, portadores de nosologias de maior incidência e prevalência como causas de incapacidade, condições especiais e prioritárias de tratamento médico-social, objetivando a diminuição do tempo de permanência em benefício e sua conseqüente reintegração à força de trabalho.

Uma comparação, ainda que superficial, entre o Plano de Ação do INPS para 1979-85 e as propostas da gestão que assume com a Nova República, coloca em evidência uma mudança qualitativa em relação à abordagem dos problemas da instituição. No primeiro caso, a adoção de medidas racionalizadoras a serem executadas através de projetos isolados destinados a melhorar o atendimento ao segurado aponta para o escamoteamento do caráter político dos problemas, que são atribuídos a "desajustes naturais" surgidos na trajetória institucional da Previdência. Já no segundo caso, há um compromisso explícito com o redirecionamento da própria política no sentido de se constituir em efetivo compromisso com o resgate da dívida social deixada pelo autoritarismo. As medidas saneadoras e racionalizadoras adotadas têm um caráter político estratégico: estão dirigidas a pontos neurálgicos do sistema e visam ter um impacto político-institucional de grande ressonância pública e interna.

Na seção seguinte será examinada a evolução recente da políti-

ca previdenciária em relação à concessão de benefícios. Antes, porém, é necessário lembrar que o período 1985-86, por ser extremamente curto, não permite abstrair conclusões de caráter geral, sobretudo considerando que o **Plano de Ação - 1987** do INPS está em pleno curso. Assim sendo, a análise das informações para este breve lapso tem por objetivo apenas mostrar tendências da presente conjuntura em comparação com o período 1979/84.

#### IV - IMPACTOS DA RACIONALIZAÇÃO NA CONCESSÃO DE BENEFÍCIOS

##### 1. Caracterização do Problema

Foi ressaltado em páginas precedentes que o alvo principal das medidas saneadoras e racionalizantes adotadas pelas administrações do INPS tem sido a área de concessão de benefícios, em especial aqueles relacionados com a perda temporária ou permanente da capacidade laborativa.

A abordagem deste assunto é em extremo complexa. Envolve desde as próprias condições de vida e trabalho da população até delicados aspectos da atuação médico-pericial. Passa também pelo frondoso corpo normatizador dos benefícios e pelas inúmeras instâncias internas e externas ao INPS, que devem intervir no complicado processo que compreende a inscrição, a concessão e a manutenção daqueles, além da prestação de serviços sociais e de reabilitação profissional, podendo até intervir o Poder Judiciário e a Polícia Federal quando o segurado interpõe recurso.

Ademais, o atual plano de benefícios compreende cerca de 100 modalidades diferentes, das quais pelo menos 20 têm a ver com agravos à saúde. Todavia, este subgrupo correspondia, em 1986, a mais de 70% do volume e a cerca de 60% das despesas dos be-

nefícios de prestação continuada concedidos pela Previdência Urbana. (\*)

Compreende-se, assim, que essa área seja não só política e economicamente importante mas também muito sensível às mudanças no perfil de higidez dos segurados, por um lado, e, por outro, à introdução de medidas tendentes a melhorar o atendimento. De fato, é nos setores de concessão de benefícios por doença e invalidez onde há maior pressão dos usuários e, portanto, onde os atritos são mais frequentes.

O grupo dos principais benefícios por perda de capacidade de trabalho compreende: auxílio-doença previdenciário, aposentadoria por invalidez previdenciária, renda mensal vitalícia por invalidez, auxílio-doença acidentário, aposentadoria por invalidez acidentária, auxílio-acidente e suplementar e pecúlio por morte acidentária. Desse grupo, o auxílio-doença previdenciário respondia, em 1984, por 57,6% dos benefícios concedidos e, em relação ao total de benefícios concedidos nesse ano pela Previdência Rural e Urbana, respondia por 20,4%. Na seção seguinte analisaremos de perto o efeito da política previdenciária em relação ao auxílio-doença previdenciário.

Antes de entrar nesse tópico, teceremos algumas considerações a respeito das irregularidades que são frequentemente apontadas em relação à concessão de benefícios.

Um primeiro ponto refere-se à complexidade da legislação previdenciária, que tem sido apontada como fator coadjuvante da vin

---

(\*) Reitera-se que esses valores referem-se aos benefícios concedidos, ou seja, aqueles que movimentam a área de atendimento direto aos segurados e não aos benefícios em manutenção, que representam o grosso da carga de trabalho da máquina administrativa interna do INPS. No caso da manutenção, o maior peso quantitativo e financeiro corresponde às aposentadorias e pensões.



culação dolosa ao sistema, pois é de difícil aplicação cotidiana porém fácil de ser burlada devido às dúbias interpretações a que dá lugar. <sup>17</sup>

Por outro lado, a fase de concessão, além de ser a mais importante, posto que dela depende o número e a duração dos benefícios em manutenção, é a porta de entrada para as prestações fraudulentas.

A esse respeito, Bittencourt <sup>18</sup> estimava em 1979 que pelo menos 20.5% dos benefícios eram concedidos indevidamente, apontando a área do auxílio-doença como a que mais facilmente se presta para as irregularidades. Situava a explicação do fenômeno em duas ocorrências:

- a) indivíduos que se filiam à Previdência já com a intenção de requerer benefício assim que completado o prazo de carência de 12 meses, seja porque se sentem doentes ou porque estão próximos ao limite de idade;
- b) incapacidade da perícia médica em anular a pressão de requerimentos motivados por fatores sócio-econômicos, seja porque a avaliação é deficiente, seja por tolerância do perito.

O autor esclarecia que, em todo caso, é difícil identificar e apurar em detalhe em que ponto do processo falha o controle na concessão, pois os dados levantados pelo INPS são incompletos.

Contudo, deve-se levar em conta, assim mesmo, que o uso clientelístico da Previdência Social com fins políticos e eleitorais em muito tem contribuído para a concessão indevida de benefícios e para o pagamento de prestações dolosas.

## 2. A Dinâmica dos dados

### 2.1- Evolução dos benefícios concedidos

As dificuldades quanto ao acesso e manipulação dos dados da área previdenciária têm sido apontadas por numerosos pesquisadores.<sup>19</sup> Na realização deste trabalho tais problemas foram sentidos plenamente e, de entrada, se refletem na análise comparativa que se tenta fazer entre a evolução do número de segurados ativos da Previdência Social e o volume de benefícios concedidos.




TABELA 1

BRASIL. EVOLUÇÃO COMPARATIVA DE SEGURADOS ATIVOS E BENEFÍCIOS  
CONCEDIDOS 1968 - 1986

| ANO               | S e g u r a d o s       |                    |                         |                    | Benefícios concedidos  |                    |
|-------------------|-------------------------|--------------------|-------------------------|--------------------|------------------------|--------------------|
|                   | Número<br>Hipótese I    | Índice<br>1977=100 | Número<br>Hipótese II   | Índice<br>1977=100 | Quantidade             | Índice<br>1977=100 |
| 1968 <sup>a</sup> | 7.838.556               | -                  | 7.838.556               | -                  | 1.257.097              | -                  |
| 1977              | 16.867.877 <sup>b</sup> | 100,0              | 19.714.485 <sup>c</sup> | 100,0              | 3.146.504 <sup>a</sup> | 100,0              |
| 1978              | ...                     |                    | ...                     |                    | 3.667.775 <sup>a</sup> | 116,6              |
| 1979              | ...                     |                    | ...                     |                    | ...                    |                    |
| 1980              | ...                     |                    | ...                     |                    | 3.793.190 <sup>d</sup> | 120,5              |
| 1981              | ...                     |                    | ...                     |                    | 3.942.109 <sup>d</sup> | 125,3              |
| 1982              | 24.814.840 <sup>g</sup> | 147,1              | 24.814.840              | 125,9              | 3.908.335 <sup>d</sup> | 124,2              |
| 1983              | 25.062.098 <sup>g</sup> | 148,2              | 25.062.988              | 127,1              | 3.774.471 <sup>d</sup> | 120,0              |
| 1984              | 25.065.095 <sup>g</sup> | 148,6              | 25.065.095              | 121,1              | 3.305.506 <sup>d</sup> | 115,0              |
| 1985              | 25.616.500 <sup>g</sup> | 151,9              | 25.616.500              | 129,9              | 3.285.456 <sup>e</sup> | 114,4              |
| 1986              | 27.479.500 <sup>g</sup> | 162,9              | 27.479.500              | 139,4              | 3.225.372 <sup>f</sup> | 112,5              |

FONTES: a - MPAS/INPS/SSP/CPM, A atuação da perícia médica - 1979 (op. cit.)

b - POSSAS, Cristina, Saúde e trabalho. A crise da Previdência Social - Rio de Janeiro, Graal, 1981, Tabela XCIII, p.217.

c - MPAS/INPS, Análise Institucional e Plano de Ação 1979/1985 (Op. cit.)

d - MPAS/INPS, Benefícios concedidos, por espécie, segundo o regime - 1980/84. Tabela da Coordenadoria de Informática da Secretaria de Planejamento do INPS, em 05/03/85.

e - MPAS/INPS, Relatório 1985.

f - MPAS/INPS, Relatório 1986.

g - MPAS/DATAPREV/SISTEMA INTEGRADO DE SÉRIES HISTÓRICAS, Número de segurados 1982/1986.

Mesmo com essa ressalva, pode-se deduzir da Tabela I que a massa segurada aumentou 3,5 vezes no período 1968-1986, enquanto os benefícios concedidos foram incrementados em cerca de 2,5 vezes.

Essa diferença pode ser melhor apreendida quando analisada a mesma série histórica (Tabela 1) para o período 1977-1986. Porém, cabe esclarecer que, para o número de segurados, foram encontradas quatro séries diferentes, duas baseadas em dados do IBGE e duas do próprio MPAS. Escolheu-se duas que apresentavam informação mais completa para o cálculo do incremento experimentado pelas variáveis que se queria comparar.

Cabe lembrar que como inexistia no INPS um cadastro de contribuintes, o número de segurados é, em todo caso, uma estimativa global de contribuintes individuais, independentemente de suas filiações ao sistema. (\*)

No caso da Hipótese I, a massa segurada aumentou 62,9% no período 77-86. Pela hipótese II, tal incremento teria sido bem menor: cerca de 40%. Em relação à quantidade de benefícios concedidos, observa-se uma rápida expansão até 1981, começando a declinar a partir de 1982, para em 1986 se aproximar dos níveis de 10 anos atrás.

Depreende-se também da Tabela 1 que é a partir de 1982, ou seja, no contexto da crise previdenciária e das medidas racionalizadoras introduzidas pelo Plano de Ação, que começa a decrescer o volume de concessões, para ter drástica redução em 1984.

---

(\*) FIBGE/PNAD-83 estimou em 22.008.674 o número de contribuintes ao SINPAS, cifra inferior aos 25.065.000 de segurados que figuram nas estatísticas do MPAS para esse ano (Vide Tabela I).

Fica claro, ademais, que as medidas contencionistas foram acentuadas na gestão iniciada com a Nova República, posto que em 1986 as concessões sofrem novamente efetiva diminuição.

À guisa de especulação, pode-se estimar que em 1977 cerca de 19% dos segurados recebia algum tipo de benefício (o que não se ajusta à realidade pois excluimos os dependentes). Em todo caso, se aplicado tal percentual ao número de segurados de 1986, a quantidade de benefícios concedidos no país hoje - ceteris paribus - deveria ser de mais de 5 milhões.

Seguindo esse raciocínio, pode-se dizer que, não obstante a pretendida universalização do sistema, na verdade a ampliação do plano de benefícios para novos segurados está sendo cada vez mais restrita.

## **2.2. O auxílio-doença previdenciário na concessão de benefícios**

Colocou-se mais acima que o alvo das medidas racionalizantes teria sido a área de concessão de benefícios motivados por incapacidade laborativa temporária ou permanente causada por doença comum. O exame do auxílio-doença previdenciário permite apreender com maior clareza o reflexo de tais medidas.

A evolução do auxílio-doença em relação ao conjunto de benefícios concedidos pela Previdência Urbana e Rural no período 1968-1986 é mostrada na Tabela 2.

TABELA 2

BRASIL - EVOLUÇÃO DOS BENEFÍCIOS CONCEDIDOS EM COMPARAÇÃO  
COM O AUXÍLIO-DOENÇA PREVIDENCIÁRIO

1968 - 1986

| ANO  | BENEFÍCIOS<br>CONCEDIDOS<br>Nº | ÍNDICE<br>1977=100 | VARIAÇÃO<br>ANUAL<br>% | AUXÍLIO-DOENÇA<br>CONCEDIDO<br>Nº | ÍNDICE<br>1977=100 | VARIAÇÃO<br>ANUAL<br>% |
|------|--------------------------------|--------------------|------------------------|-----------------------------------|--------------------|------------------------|
| 1968 | 1.257.092                      | -                  | -                      | 367.918                           | -                  | -                      |
| 1977 | 3.146.504                      | 100,0              | 150,3*                 | 695.531                           | 100,0              | 96,3*                  |
| 1978 | 3.667.775                      | 116,6              | 16,6                   | 722.054                           | 103,8              | 3,8                    |
| 1979 | ...                            | -                  | -                      | 758.085                           | 109,0              | 5,0                    |
| 1980 | 3.793.190                      | 120,5              | 3,4**                  | 777.486                           | 111,8              | 2,6                    |
| 1981 | 3.942.109                      | 125,3              | 3,9                    | 780.670                           | 112,2              | 0,4                    |
| 1982 | 3.908.355                      | 124,2              | -0,9                   | 781.592                           | 112,4              | 0,1                    |
| 1983 | 3.774.471                      | 120,0              | -3,4                   | 746.556                           | 107,3              | -4,5                   |
| 1984 | 3.305.506                      | 105,0              | -12,4                  | 674.204                           | 96,9               | -9,7                   |
| 1985 | 3.285.456                      | 104,4              | - 0,6                  | 631.510                           | 90,8               | -6,3                   |
| 1986 | 3.225.372                      | 102,5              | - 1,8                  | 624.759                           | 89,8               | -1,1                   |

FONTES: 1968 - 1979: MPAS/INPS/SSP/CPM, A Atuação da Perícia Médica, (op.cit)

1980 - 1984: MPAS/INPS, Benefícios concedidos, por espécie segundo o regime (op. cit)

1985 - 1986: MPAS/INPS, Relatórios de 1985 e 1986.

\* Ano-base: 1968

\*\* Em relação a 1978.

Enquanto nos primeiros 10 anos (1968-1977) o total de benefícios aumentou 150%, o auxílio-doença o fez em percentagem bem menor: 96%. Em reação ao período 1977-86, como vimos, o total de concessões aumentou 2.5%, enquanto no final da série o volume de concessões por auxílio-doença estava 10,2% abaixo dos níveis de 1977.

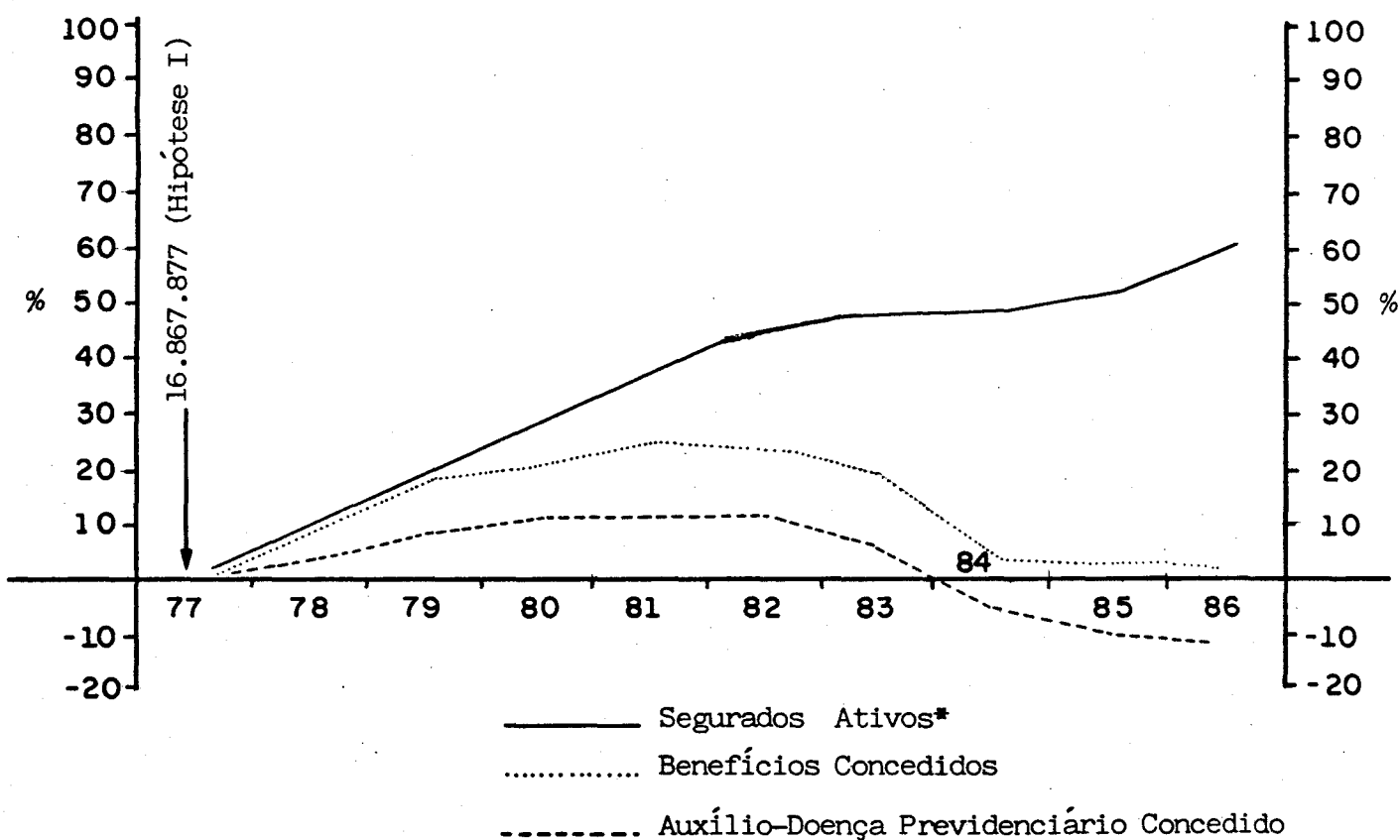
Não obstante as medidas contencionistas tenham afetado todos os benefícios, nota-se que, já em 1979, foram introduzidos mecanismos específicos em relação ao auxílio-doença, que são acentuados a partir de 1983 e, de certa forma, afrouxados em 1986.

Na hipótese de que no período as condições de vida e saúde da população trabalhadora mantiveram-se no mínimo estáveis (o que é duvidoso devido ao agudo processo de concentração de renda ocorrido e à caótica situação da assistência médica preventiva, curativa e recuperadora), tais resultados podem ser atribuídos, em princípio, ao aprimoramento do exame médico-pericial e à instauração de rotinas de controle e produção dessa área. Como já em 1979 o setor de Perícia Médica estipulava que havia pelo menos 20% de concessões de auxílio-doença indevidas ou irregulares, pode-se afirmar que, embora o Plano de Ação 1979/85 não explicitasse metas quantitativas nesse sentido, a diretriz adotada de fato apontou para uma redução do volume de concessões, independentemente do fato de ter-se expandido entre 40% e 60% a massa segurada.

O Gráfico 1 ilustra bem o processo evolutivo da massa segurada em comparação com as curvas ascendentes até 1981-1982 e logo declinantes, relativas ao volume de concessões de benefícios em geral e do auxílio-doença previdenciário em particular.

## GRÁFICO 1

BRASIL. SEGURADOS ATIVOS DA PREVIDÊNCIA SOCIAL, TOTAL DE BENEFÍCIOS CONCEDIDOS E CONCESSÕES POR AUXÍLIO - DOENÇA. 1977 - 1986



\* Curva projetada para o período 1978-1981

FONTE: TABELAS 1 e 2



A importância do auxílio-doença pode ser melhor apreciada quando examinado no subconjunto dos benefícios de prestação continuada concedidos pela Previdência Urbana.

Ainda que a série abrangida pela Tabela 3 seja em extremo curta, permite comprovar, por um lado, a sucessiva redução nas concessões e, por outro, o peso quantitativo e econômico daquele benefício.

Com efeito, apesar das medidas contencionistas, no Brasil o auxílio-doença ainda era responsável em 1986 por mais de 55% dos benefícios de prestação continuada concedidos e por 48,4% das despesas. Note-se, ademais, que enquanto a percentagem relativa aos gastos com o auxílio tendeu a crescer no período 1984 - 86, a participação dos demais benefícios foi diminuindo. Poderia-se deduzir desses dados que a forma de cálculo dos benefícios de prestação continuada está favorecendo o auxílio-doença. Porém, tal assertiva é apenas uma hipótese que deverá ser melhor estudada em outro momento.

Uma forma de avaliar a contenção da demanda pelo auxílio-doença é a observação dos requerimentos que não são atendidos. A guisa de ilustração, na Tabela 4 mostra-se essa evolução para os anos 1984-86 no Estado do Rio de Janeiro.

TABELA 3

BRASIL - EVOLUÇÃO COMPARATIVA DO AUXÍLIO-DOENÇA E DEMAIS BENEFÍCIOS DE PRESTAÇÃO  
CONTINUADA CONCEDIDOS PELA PREVIDÊNCIA URBANA - 1984 - 1986

| BENEFÍCIO                                     | 1984       |       |                       | 1985       |       |                       | 1986       |       |                       |
|---|------------|-------|-----------------------|------------|-------|-----------------------|------------|-------|-----------------------|
|   | QUANTIDADE | %     | % SOBRE O VALOR TOTAL | QUANTIDADE | %     | % SOBRE O VALOR TOTAL | QUANTIDADE | %     | % SOBRE O VALOR TOTAL |
| Auxílio-Doença Previdenciário                 | 714.640    | 57,3  | 44,5                  | 676.650    | 55,7  | 45,3                  | 644.892    | 55,3  | 48,4                  |
| Demais benefícios de prestação continuada (*) | 532.411    | 42,7  | 55,5                  | 537.041    | 44,3  | 54,7                  | 520.774    | 44,7  | 51,6                  |
| TOTAL   | 1.247.051  | 100,0 | 100,0                 | 1.213.691  | 100,0 | 100,0                 | 1.165.666  | 100,0 | 100,0                 |

FONTE: MPAS/INPS/SB - Coordenadoria de Concessão de Benefícios - DATAPREV  
(\*) Exclui o Auxílio-doença acidentário

TABELA 4

ESTADO DO RIO DE JANEIRO - EVOLUÇÃO DOS BENEFÍCIOS URBANOS  
REQUERIDOS, CONCEDIDOS E INDEFERIDOS COMPARATIVAMENTE COM  
O AUXÍLIO-DOENÇA. 1984 - 1986

| ANO  |         | TOTAL DE BENEFÍCIOS |       |                  | AUXÍLIO-DOENÇA |       |                  | % DO AUXÍLIO-DOENÇA SOBRE O TOTAL BENEFÍCIOS |
|------|---------|---------------------|-------|------------------|----------------|-------|------------------|--|
|      |         | Nº                  | %     | VARIAÇÃO ANUAL % | Nº             | %     | VARIAÇÃO ANUAL % |  |
| 1984 | REQUER. | 428.443             | 100,0 | -                | 181.601        | 100,0 | -                | 42,4   |
|      | CONCED. | 371.252             | 86,7  | -                | 124.075        | 68,3  | -                | 33,4   |
|      | INDEF.  | 57.191              | 13,3  | -                | 57.526         | 31,7  | -                | 101,5  |
| 1985 | REQUER. | 400.410             | 100,0 | -6,5             | 167.768        | 100,0 | -7,6             | 41,9   |
|      | CONCED. | 339.321             | 84,7  | -8,6             | 111.566        | 66,5  | -10,1            | 32,9   |
|      | INDEF.  | 61.089              | 15,3  | 6,8              | 56.202         | 33,5  | - 2,3            | 92,0   |
| 1986 | REQUER. | 362.122             | 100,0 | -9,5             | 145.612        | 100,0 | -13,2            | 40,2   |
|      | CONCED. | 313.905             | 86,7  | -7,5             | 101.271        | 69,5  | - 9,2            | 32,3   |
|      | INDEF.  | 48.217              | 13,3  | -21,1            | 44.341         | 30,5  | -21,1            | 92,0   |

OBS.: A categoria indeferidos inclui processos pendentes do exercício anterior. O total de benefícios exclui o acidente de trabalho.

FONTE: MPAS/INPS/SR-RJ. Dados estatísticos (jan./dez. 1986).  
(mimeo.)

Em primeiro lugar, é de se notar que houve decréscimo nos quantitativos de todos os anos, tanto no total requerido e concedido como no auxílio-doença. Em segundo lugar, ressalta-se que a pressão pelos benefícios em geral foi acentuadamente contida em 1985, pois as concessões diminuíram 8,6% em relação ao ano anterior. Em terceiro lugar, observa-se que os indeferimentos são regulados pelos relativos ao auxílio-doença, pois entre 92% e 100% das solicitações indeferidas correspondem a este benefício.

Esses dados confirmam que a contenção na concessão de benefícios tem sido bem mais acentuada em relação ao auxílio-doença e estariam a indicar que o que regula a pressão pelo requerimento é, primeiramente, a triagem documental no momento da inscrição para o exame pericial e, num segundo momento, o parecer contrário do médico.

Pode-se deduzir, em consequência, que mecanismos mais apurados para comprovar a vinculação da pessoa ao sistema vêm sendo adotados e que controles mais cerrados sobre a atuação e a produção da perícia médica têm sido introduzidos.

Contudo, tais conclusões devem ser aceitas com cautela quando se examina esses mesmos dados em relação a populações específicas. Com efeito, uma primeira questão a este respeito tem a ver com a distribuição geográfica dos indeferimentos, pois parece haver grupos mais "suspeitos" que outros e que, portanto, não fariam jus ao gozo do benefício.

Em termos do Brasil, a Tabela 5 mostra que tanto em 1985 como em 1986 a Região que teve menor percentual de requerimentos concedidos foi o Nordeste.

TABELA 5

BRASIL. COMPARATIVO DO AUXÍLIO-DOENÇA REQUERIDO,  
CONCEDIDO E INDEFERIDO, POR REGIÃO.  
1985 - 1986

| REGIÃO       | 1985      |              |             | 1986      |              |             |
|--------------|-----------|--------------|-------------|-----------|--------------|-------------|
|              | REQ.<br>% | CONCED.<br>% | INDEF.<br>% | REQ.<br>% | CONCED.<br>% | INDEF.<br>% |
| NORTE        | 100,0     | 76,7         | 23,3        | 100,0     | 77,4         | 22,6        |
| NORDESTE     | 100,0     | 49,4         | 50,6        | 100,0     | 51,0         | 49,0        |
| SUDESTE      | 100,0     | 70,8         | 29,2        | 100,0     | 75,8         | 24,2        |
| SUL          | 100,0     | 67,9         | 32,1        | 100,0     | 72,1         | 27,9        |
| CENTRO-OESTE | 100,0     | 70,1         | 29,9        | 100,0     | 74,0         | 26,0        |
| BRASIL       | 100,0     | 65,6         | 34,4        | 100,0     | 69,6         | 30,4        |

FONTE: MPAS/INPS, Relatório 1986.

Desses dados se depreende que de cada 100 pessoas do Nordeste, incapacitadas (reais ou não) para trabalhar, quase 50 tiveram sua solicitação negada, contra 26 do Centro-Oeste ou quase 23 no Norte. É provável que tal diferença se deva à impossibilidade do segurado comprovar sua inserção formal no mercado de trabalho nessa região específica. Mas, será que no Norte essa dificuldade se apresenta com menor frequência ?

TABELA 6

ESTADO DO RIO DE JANEIRO - POSIÇÃO DO AUXÍLIO-DOENÇA NO TOTAL DE BENEFÍCIOS DE PRESTAÇÃO  
CONTINUADA, SEGUNDO UNIDADES DO INPS - 1986

| UNIDADES                    | TOTAL BENEFÍCIOS |       |            |       |               |      | AUXÍLIO-DOENÇA |       |            |      |               |      |
|-----------------------------|------------------|-------|------------|-------|---------------|------|----------------|-------|------------|------|---------------|------|
|                             | REQUERIDOS       |       | CONCEDIDOS |       | PENDENTES (*) |      | REQUERIDOS     |       | CONCEDIDOS |      | PENDENTES (*) |      |
|                             | Nº               | %     | Nº         | %     | Nº            | %    | Nº             | %     | Nº         | %    | Nº            | %    |
| Município do Rio de Janeiro | 92.082           | 100,0 | 83.224     | 90,4  | 7.995         | 8,7  | 49.292         | 100,0 | 40.197     | 81,5 | 2.016         | 4,1  |
| CAMPO GRANDE                | 13.601           | 100,0 | 10.603     | 78,0  | 1.618         | 12,0 | 8.632          | 100,0 | 6.223      | 72,1 | 177           | 2,0  |
| CENTRO/BANDEIRA             | 30.945           | 100,0 | 31.661     | 102,3 | 2.012         | 6,5  | 14.774         | 100,0 | 14.095     | 95,4 | 582           | 3,9  |
| COPACABANA                  | 11.460           | 100,0 | 10.436     | 91,1  | 710           | 6,2  | 4.989          | 100,0 | 4.016      | 80,5 | 246           | 4,9  |
| MADUREIRA                   | 12.082           | 100,0 | 10.268     | 85,0  | 1.186         | 9,8  | 7.796          | 100,0 | 6.164      | 79,1 | 223           | 2,9  |
| MÉIER                       | 10.127           | 100,0 | 8.493      | 84,8  | 919           | 9,1  | 4.999          | 100,0 | 3.555      | 71,1 | 245           | 4,9  |
| PENHA                       | 13.867           | 100,0 | 11.763     | 84,8  | 1.550         | 11,2 | 8.102          | 100,0 | 6.144      | 75,8 | 543           | 6,7  |
| BAIXADA FLUMINENSE          | 36.145           | 100,0 | 24.308     | 67,3  | 11.383        | 31,5 | 24.505         | 100,0 | 13.084     | 53,4 | 8.503         | 34,7 |
| DUQUE DE CAXIAS             | 11.705           | 100,0 | 6.912      | 59,1  | 3.906         | 33,4 | 8.193          | 100,0 | 3.772      | 46,0 | 3.520         | 43,0 |
| NILÓPOLIS                   | 3.639            | 100,0 | 2.647      | 72,7  | 602           | 16,5 | 2.214          | 100,0 | 1.402      | 63,4 | 439           | 19,8 |
| NOVA IGUAÇÚ                 | 13.658           | 100,0 | 10.375     | 76,0  | 3.872         | 28,3 | 8.716          | 100,0 | 6.467      | 74,2 | 1.952         | 22,4 |
| SÃO JOÃO MERITI             | 7.143            | 100,0 | 4.374      | 61,2  | 3.003         | 42,0 | 5.382          | 100,0 | 2.743      | 51,0 | 2.592         | 48,2 |
| DEMAIS UNIDADES DO ESTADO   | 95.743           | 100,0 | 64.443     | 70,4  | 13.138        | 13,7 | 71.815         | 100,0 | 46.690     | 65,0 | 8.332         | 11,6 |
| T O T A L                   | 223.970          | 100,0 | 175.975    | 78,6  | 32.516        | 14,5 | 145.612        | 100,0 | 101.271    | 69,5 | 18.851        | 12,9 |

FONTE: INPS-SR/RJ - Coordenadoria de Informática, Dados Estatísticos - Janeiro a Dezembro de 1986 mimeo.  
(\*) em Dezembro 1986. Inclui solicitações de exercícios anteriores.

Ao analisar informações mais desagregadas para o Rio de Janeiro, observa-se tendência semelhante no sentido da grande disparidade entre a atuação de uma Agência do INPS e outra.

A Tabela 6 mostra a distribuição dos requerimentos e concessões no ano de 1986 e os processos pendentes no final do exercício.

Tomando em consideração apenas as médias, constata-se que o Município do Rio de Janeiro teve 90% de seus requerimentos so lucionados, contra 67% da Baixada Fluminense e 70% nos demais municípios do Estado. Observando a Baixada, nota-se que Duque de Caxias e São João de Meriti tiveram, respectivamente, 33% e 42% de concessões pendentes de solução no fim do ano contra algo mais de 8% no Rio de Janeiro.

Os resultados desfavoráveis em relação a esses municípios da Baixada poderiam ser atribuídos à maior pressão pelo auxílio-doença em especial, já que o seu peso relativo nos totais é bastante alto, ainda que diferenciado entre as três áreas geográficas:

**TABELA 7**

**PARTICIPAÇÃO RELATIVA DO AUXÍLIO-DOENÇA NO TOTAL DE BENEFÍCIOS DE PRESTAÇÃO CONTINUADA NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - 1 9 8 6**

| ÁREA<br>GEOGRÁFICA \ AUXÍLIO-DOENÇA | REQUERIDOS | CONCEDIDOS | PENDENTES (*) |
|-------------------------------------|------------|------------|---------------|
| Município do Rio de Janeiro         | 53,5       | 48,3       | 25,2          |
| Baixada Fluminense                  | 67,8       | 53,8       | 74,7          |
| Demais Municípios                   | 75,0       | 72,5       | 63,4          |

(\*) Inclui solicitações de exercícios anteriores.

Porém, os dados da Tabela 7 não permitem deduzir que quanto maior a pressão pelo auxílio, maior é o volume de indeferimentos porque para tanto se precisaria de informações desagregadas para uma série histórica que permitisse a comparação. Contudo, é muito significativa a grande disparidade entre o Município do Rio de Janeiro e o resto quanto à capacidade de resolução; de fato, no primeiro as agências do INPS apresentam uma eficiência três vezes superior no atendimento ao requerente do auxílio-doença que as da Baixada e algo menos no caso dos demais municípios.

Do exposto acima se depreende que a introdução de medidas saneadoras e racionalizantes visando comprimir o excesso de demanda por incapacidade temporária tem sido, no mínimo, heterogênea em relação aos diversos grupos de segurados atendidos pelas Unidades do INPS, tanto no Estado do Rio de Janeiro quanto em relação às Regiões da Federação. Pareceria haver, na verdade, uma clara tendência discriminatória em relação à eficiência e eficácia com que vêm sendo agilizados os mecanismos contencionistas, que passariam a atuar desfavoravelmente em relação aos grupos de mais baixa renda e, dentro destes, de forma mais parcial ainda.

### 2.3 - Evolução dos benefícios em manutenção

Ainda que a nossa análise tenha sido centrada na concessão de benefícios, a título de ilustração serão examinados alguns dados em relação aos benefícios em manutenção. Neste caso, trata-se somente de benefícios de prestação continuada, como o auxílio-doença ou o auxílio-reclusão, e de longa duração, como as aposentadorias e pensões. A dinâmica interna da manutenção compreende os benefícios concedidos em anos anteriores e que continuam vigentes, mais os que entram a cada ano, menos os que foram cessados, seja porque deixou de existir o motivo da concessão, seja porque mudou a modalidade. Exemplo disto é o auxílio-doença que, com base na reavaliação médico-



pericial, pode se transformar em aposentadoria por invalidez ou bem cessar, se o beneficiário recuperou a capacidade de trabalho. Entretanto, como observa Bittencourt, <sup>(20)</sup> é, em geral, difícil suspender um auxílio-doença por causa da precária situação sócio-econômica dos requerentes, sendo comum o caso do auxílio se transformar em aposentadoria por invalidez.

Quanto aos dados sobre benefícios em manutenção, a Tabela 8 mostra a evolução destes no período 1977-1986. Uma primeira questão a evidenciar é que o crescimento acumulado dos benefícios urbanos acompanhou, de certa forma, o incremento registrado no número de segurados ativos (Tabela 1), pois alcançou 60,1% no período. Não observamos, porém, um padrão mais ou menos uniforme que pudesse orientar, por ora, alguma conclusão a respeito dos percentuais anuais obtidos. A política restritiva evidenciada nas concessões a partir de 1981 não se reflete claramente na manutenção. E se o fez, é tão somente no ano de 1984, quando a taxa de crescimento foi de apenas 1,9% em relação ao ano anterior. Todavia, em 1985 retoma-se o incremento, que em 1984 fica nos níveis de 1979. Para fins de explicação, a variação observada deverá ser no futuro cuidadosamente estudada a partir da verificação das informações desagregadas.

Não obstante essa ressalva, cabe lembrar que se trata de benefícios urbanos dos quais esperar-se-ia um comportamento mais ou menos homogêneo, que acompanhasse o paulatino envelhecimento da população e, também, de forma conjuntural, os momentos de aguda crise econômica. Porém, nem um nem outro fenômeno parece repercutir de forma acentuada nas taxas de crescimento encontradas para os benefícios em manutenção. Por outro lado, a elevação experimentada nos anos 1981 e 1983 não pode ser explicada pelo lado das concessões já que, tal como observado, a tendência desde 1980 tem sido para a contenção (Tabelas 1 e 2). Em outras palavras, a partir tão somente das informações aqui analisadas não é possível por ora esta-

belecer uma clara correlação entre as taxas de incremento no número de segurados e o volume de benefícios concedidos e/ou os em manutenção.

Com relação ao auxílio-doença previdenciário, a Tabela 8 mostra uma evolução errática porém marcada por intervalos de forte retração, sendo que a tendência negativa vem se acentuando desde 1984. O incremento acumulado no período 1977-86 foi de 0.01% , dado que vem confirmar a tendência encontrada na concessão: em ambos os casos está-se retroagindo aos níveis de 1977. Observa-se assim mesmo que, ao longo do período, a participação relativa do auxílio-doença no total de benefícios em manutenção foi reduzida em mais de 62%, o que demonstra a efetividade das medidas racionalizadoras adotadas, especialmente pela gestão que assume em 1985.

Certamente, boa parte do êxito na redução dos auxílios em manutenção deve ser debitada às auditagens praticadas em relação às concessões de exercícios anteriores, bem como a uma reavaliação médica mais sistemática dos segurados em gozo do benefício, muitos dos quais têm na prestação pecuniária uma pequena entrada extra aos parcos salários que obtêm de seu trabalho habitual e que talvez continuem recebendo não obstante ter cessado o motivo da incapacidade.

TABELA 8

## BRASIL. EVOLUÇÃO COMPARATIVA DOS BENEFÍCIOS URBANOS EM MANUTENÇÃO E DO AUXÍLIO-DOENÇA

1977 - 1986

| ANO  | BENEFÍCIOS EM MANUTENÇÃO |                                 |                     | AUXÍLIO-DOENÇA |                                 |                     | AUXÍLIO-DOENÇA SOBRE<br>TOTAL BENEFÍCIOS EM<br>MANUTENÇÃO % |
|------|--------------------------|---------------------------------|---------------------|----------------|---------------------------------|---------------------|---|
|      | QUANTIDADE               | ÍNDICE<br>VARIAÇÃO<br>ACUMULADA | VARIAÇÃO<br>ANUAL % | QUANTIDADE     | ÍNDICE<br>VARIAÇÃO<br>ACUMULADA | VARIAÇÃO<br>ANUAL % |   |
| 1977 | 4.496.221                | 100,0                           | -                   | 697.425        | 100,0                           | -                   | 15,5  |
| 1978 | 4.962.459                | 110,4                           | 10,4                | 814.446        | 116,8                           | 16,8                | 16,4  |
| 1979 | 5.131.805                | 114,1                           | 3,4                 | 806.280        | 115,6                           | - 1,0               | 15,7  |
| 1980 | 5.312.706                | 118,2                           | 3,5                 | 691.530        | 99,9                            | - 14,2              | 13,0  |
| 1981 | 5.713.094                | 127,1                           | 7,5                 | 753.049        | 108,9                           | 8,9                 | 13,2  |
| 1982 | 5.980.174                | 133,0                           | 4,6                 | 753.578        | 108,1                           | 0,1                 | 12,6  |
| 1983 | 6.552.134                | 145,7                           | 9,5                 | 861.158        | 123,5                           | 14,3                | 13,1  |
| 1984 | 6.674.643                | 148,5                           | 1,9                 | 813.558        | 116,7                           | - 5,5               | 12,2  |
| 1985 | 6.967.828                | 155,0                           | 4,4                 | 759.729        | 108,9                           | - 6,6               | 12,3  |
| 1986 | 7.200.279                | 160,1                           | 3,3                 | 697.670        | 100,0                           | - 8,2               | 9,7   |

FONTES: 1977-1983: MPAS/INPS/SSP/CPM; A atuação da Perícia Médica em 1979 (op.cit.)MPAS/INPS/SP/CI, Benefícios em manutenção por espécie, segundo o regime -  
1978-831984 : MPAS/INPS, Relatório Anual 19841985-1986: MPAS/INPS/SP/CI, Relatório da Coordenadoria de Informática - 1985 e 1986.

Aliás, é de interesse notar que, enquanto o auxílio-doença vem diminuindo, as aposentadorias por invalidez vêm aumentando, tanto na concessão quanto na manutenção. De fato, de acordo com dados da DATAPREV, as aposentadorias concedidas aumentaram no período 1984-86 em 66,3%, o que significaria que as reduções nos auxílios estão aumentando a pressão por aquele benefício, que é mais permanente. A este respeito, cabe perguntar se as medidas contencionistas adotadas em relação às solicitações por auxílio-doença previdenciário não estariam perdendo sua eficácia ou sendo anuladas pelo deslocamento da pressão dos segurados sobre as aposentadorias por invalidez e causando, portanto, um ônus financeiro maior ao sistema no médio e longo prazos.

Para concluir estes comentários, mostramos na Tabela 9 alguns dados do Estado do Rio de Janeiro relativos à manutenção no período 1984-86.

TABELA 9

ESTADO DO RIO DE JANEIRO: EVOLUÇÃO DOS BENEFÍCIOS URBANOS EM MANUTENÇÃO COMPARATIVAMENTE COM O AUXÍLIO-DOENÇA PREVIDENCIÁRIO. 1984 - 1986

| ANO                            | BENEFÍCIO EM MANUTENÇÃO |                   | AUXÍLIO-DOENÇA PREVIDENCIÁRIO EM MANUTENÇÃO |                   | % AUXÍLIO-DOENÇA SOBRE TOTAL BENEFÍCIOS |
|--------------------------------|-------------------------|-------------------|---|-------------------|---|
|                                | QUANTIDADE              | VARIAÇÃO ANUAL, % | QUANTIDADE                                  | VARIAÇÃO ANUAL, % |   |
| 1984                           | 1.345.367               | -                 | 204.063                                     | -                 | 15,2                                    |
| 1985                           | 1.406.378               | 4,5               | 202.239                                     | -0,9              | 14,4                                    |
| 1986                           | 1.416.584               | 0,7               | 199.582                                     | -1,3              | 14,1                                    |
| Variação percentual no período |                         | 5,2               |   |                   | -2,2                                    |
|                                |                         |                   |   |                   | -1,1                                    |

FONTE: MPAS/INPS/SR-RJ, Dados estatísticos (janeiro a dezembro 1986)

Cabe observar que as informações para o Rio de Janeiro não confirmam as tendências encontradas na Tabela 8 para o Brasil. De fato, os benefícios em manutenção cresceram tão somente 0,7% em 1986 contra o percentual nacional de 16,8. Da mesma forma, tal aumento não se compadece com a redução de 7,5% experimentada nas concessões no Estado (Tabela 4).

Pelo lado do auxílio-doença em manutenção, igualmente a diminuição de 1,3% em 1986 é bem menor que o percentual de -8,2% observado para o Brasil (Tabela 7) e menor ainda que os -9,2% encontrados para as concessões, nesse ano, no Rio de Janeiro (Tabela 4).

Essa maior estabilidade na posição relativa do auxílio-doença no Rio de Janeiro reflete-se, também, na sua participação no conjunto de benefícios em manutenção. Em 1984, o auxílio respondia por algo mais de 15% dos benefícios e por 14% em 1986, o que está bem acima dos 9,7% encontrados para o Brasil neste ano (Tabela 8).

Observa-se, finalmente, que os dados não guardam suficiente coerência entre si como para permitir conclusões. Houve, de fato, esforços no sentido de conter as concessões mas, aparentemente, não afetaram de forma correlata os benefícios em manutenção. Quanto ao Estado do Rio de Janeiro, este aparece favorecido se comparado com as cifras registradas para o Brasil em relação ao auxílio-doença, que foi reduzido em menor proporção no Estado, mas não assim no que tange ao conjunto de benefícios, que experimentaram neste caso um crescimento inferior ao registro no país em 1986.

## V - IMPACTO DA RACIONALIZAÇÃO NO ATENDIMENTO AOS USUÁRIOS

Como vimos na parte inicial deste texto, entre os problemas mais urgentes a serem resolvidos pelo Plano de Ação 1979/85 constava o relativo ao atendimento aos segurados. Em decorrência do Plano, o INPS assinou convênio com a SEMOR/SEPLAN com o objetivo de formular e implementar o "Programa de Melhoria de Atendimento ao Público" - PMA. Em 1982 realizou-se diagnóstico em nível de execução em 09 Estados da Federação, que contou com a ativa participação dos funcionários e com pesquisa de opinião junto aos beneficiários que acodiam aos postos. Embora esse rico levantamento nunca tivesse sido transformando em documento público de proposições concretas de ação, foi possível ter acesso às fontes primárias a partir das quais pôde-se constatar o empenho dos servidores em cooperar com a iniciativa.

Dos dados por nós obtidos, foi selecionado o subprojeto "Avaliação do Atendimento", analisando-se os resultados para o Rio de Janeiro.

Antes de passar aos dados quantitativos da pesquisa operacional, é interessante destacar que as entrevistas em aberto realizadas com os usuários, revelaram uma imagem nada favorável do INPS. A nossa tabulação das respostas permitiu visualizar três áreas-problema no contato do público com o posto, sendo a maioria das questões relativas justamente ao auxílio-doença. As opiniões foram agrupadas por áreas, como segue:

### 1) Concessão e pagamento do benefício

- demora na concessão e no pagamento do benefício
- demora no pagamento do benefício concedido
- critérios conflitantes para a concessão do benefício
- falta de informações precisas sobre andamento do processo
- baixo valor do benefício

- não concessão de benefícios para aposentados
- falta de controle e fiscalização da concessão (fraudes, concessões indevidas ou devidas mas não concedidas)
- dificuldade para o usuário de apresentar a documentação exigida

## 2) Qualidade e condições gerais de atendimento

- falta de pessoal para atendimento
- pessoal desqualificado no atendimento
- atendimento lento e desorganizado
- horário de atendimento curto
- filas no atendimento e manutenção
- atendimento entendido pelos funcionários como favor ao usuário e não como direito deste
- falta de seletividade no atendimento (não há prioridades para idosos, gestantes, doentes, etc.)
- número insuficiente de postos de concessão e manutenção
- instalações e condições de acomodação precárias

## 3) Qualidade do atendimento médico

- desumanização do atendimento
- falta de compreensão e atenção dos médicos peritos para com o usuário
- falta de informação do usuário sobre seu estado de saúde
- triagem superficial, feita por pessoal não-médico
- falta de justificção, por parte do médico-perito ao usuário, da concessão ou não da licença
- demora no atendimento da perícia médica
- demora na marcação de consultas

- número insuficiente de médicos
- falta seletividade na atenção, tendo em vista o fator gravidade da doença
- faltam medicamentos

Tais opiniões refletem que a passagem pelos postos do INPS é uma experiência penosa e, também, uma certa confusão por parte do segurado a respeito do papel desempenhado pelo médico perito. De fato, espera-se deste um cuidado com o estado de saúde (anamnese, diagnóstico, remédios, etc.) que seria próprio do médico clínico. É provável que o doente, devido ao seu alto grau de ansiedade, espere do perito algo mais que a avaliação de sua capacidade laborativa. Se esta é a situação, o atendimento ao segurado deveria ser prestado de forma a esclarecer também o alcance do exame, diminuindo assim a angústia da pessoa.

Com relação aos dados quantitativos, a pesquisa do INPS constatou que 45% dos segurados iam ao posto para requerer auxílio-doença ou para fazer o exame médico, sendo que 52% das pessoas deviam voltar entre 2 e 4 vezes. (\*)

O reiterado regresso do segurado ao posto implica, entre outras coisas, em penalizá-lo, especialmente se está doente e/ou é idoso, além de ter que gastar seus poucos recursos em transporte. Quanto ao servidor, duplica sua carga de trabalho no guichê ou balcão. Assim, não é de se estranhar que a preocupação principal da racionalização seja o tempo que leva a concessão, desde o momento de entrada do requerimento até o retorno do carnê por parte da DATAPREV.

---

(\*) Esse percentual foi superado pela aposentadoria (53%), o abono de permanência (74%) e a renda mensal vitalícia (69%), sendo que o principal motivo do retorno foi "saber o andamento do processo" e "documentação irregular". Além desses dois motivos, no caso do auxílio-doença, 32% voltava para realizar o exame.



A pesquisa em análise constatou que o tempo médio de concessão do auxílio-doença era de aproximadamente 31 dias e o das aposentadorias e pensões de aproximadamente 96 dias<sup>(\*)</sup>. Há de se saliantar que os dados referem-se a algumas das agências mais bem aparelhadas do Rio de Janeiro, de forma que em absoluto representam médias do Estado nem muito menos do Brasil.

Ainda que não possamos saber quais foram as medidas concretas implementadas em razão do "Programa de Melhoria do Atendimento ao Público" e dos subsídios fornecidos pela pesquisa ad-hoc, um parâmetro possível para avaliar os avanços experimentados pode ser o estudo feito em 1986 pelo INPS sobre o tempo de concessão em seis agências do Rio de Janeiro<sup>(\*\*)</sup>.

Nessa oportunidade, utilizou-se uma escala de pontos através da qual chegou-se à conclusão que a concessão do auxílio-doença de morava entre 20 dias (BOM) e 116 dias (DEFICIENTE), sendo a média de 60 dias. Ou seja, comprovou-se que o segurado doente de via ficar 2 meses (em média), sem poder trabalhar e sem meios para se sustentar. Se comparado esse resultado com os 31 dias encontrados em 1982, deparamo-nos com o fato de que o tempo médio de concessão duplicou nestes anos e que, portanto, nenhuma medida racionalizadora ou humanizadora foi adotada.

Quanto às aposentadorias e pensões, o tempo encontrado foi de 90 dias, melhorando em apenas 6 dias a média de 1982. Certamente, neste caso também não houve - ao parecer - nenhuma melhoria no atendimento mas, pelo menos, a situação não piorou.

Confrontando-se tal fato com a duplicação da morosidade na concessão do auxílio-doença, apenas reitera-se a observação de que

---

(\*) INPS, Plano de Melhoria do Atendimento ao Público - PMA, subprojeto "Avaliação do Atendimento", 1980-81.

(\*\*) Informações obtidas dos boletins internos relativos ao estudo trimestral do tempo médio de concessão nas agências Campo Grande, Méier, Madureira, Centro-Bandeira, Penha e Copacabana.

os mecanismos administrativos funcionaram no sentido de também conter os requerimentos, mas por um meio bastante sui generis, ainda que cruel: induzir o segurado a desistir do benefício, tal vez pelo cansaço ou, mesmo, pela recuperação da saúde nesse longo tempo de espera!

Como reflexão final sobre este item cabe apontar que não temos notícias de que o INPS tenha alguma vez analisado e publicado as respostas espontâneas dos seus clientes. Acreditamos que perdeu-se, assim, uma incomparável e fidedigna fonte de informações a respeito do perfil dos principais problemas enfrentados pelo segurado e, inversamente, das principais deficiências da instituição no cumprimento de sua precípua função, qual seja, atender dignamente o cidadão no exercício de um direito social básico.

## VI - ARTICULAÇÃO INTERINSTITUCIONAL

Cabe ainda fazer referência aos propósitos de maior articulação institucional preconizados pela gestão do INPS. Neste sentido, é de interesse avaliar o andamento do já mencionado Programa Integrado de Tratamento Médico-Social Prioritário implantado em 1984. O PITMSP visa dar atenção preferencial nos postos próprios do INAMPS ou nos públicos conveniados com este aos segurados em gozo de auxílio-doença, pelas seguintes nosologias de maior incidência: transtornos neuróticos, hipertensão arterial, osteoartrose e tuberculose pulmonar. O INPS pretende, assim, agilizar a atenção ao segurado para que possa voltar em tempo mais curto ao trabalho e, portanto, evitar gastos desnecessários com a manutenção do auxílio.

O desejado entrosamento, porém, não foi ainda concretizado. De fato, documentos do INPS apontam que, mesmo tendo havido em alguns casos redução do tempo de permanência do segurado em auxílio-doença, e apesar da importância atribuída à iniciativa, o

Programa não alcançou seus objetivos. Além do mais, não obstante seja reconhecido seu fracasso inicial, não têm sido divulgadas as causas do mesmo, assim como não foram apresentadas, em relatórios recentes, ações específicas no sentido de torná-lo efetivo. (\*)

Como demonstra a Tabela 10, não houve alterações substantivas na ampliação da cobertura no atendimento às nosologias contempladas pelo Programa nos anos 1984 e 1985. (\*\*)

TABELA 10

BRASIL - PROGRAMA INTEGRADO DE TRATAMENTO MÉDICO-SOCIAL PRIORITÁRIO-PITMSP.  
CASOS CONCEDIDOS E CLIENTES ATENDIDOS, SEGUNDO NOSOLOGIAS. 1984-1985.

| ANO | NOSOLOGIAS             | CASOS CONCEDIDOS | CLIENTES ATENDIDOS |                                   |                                     |
|-----|------------------------|------------------|--------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|
|     |                        | Quantidade       | Quantidade         | % Sobre Total de Casos Concedidos | % Desligamentos p/volta ao trabalho |
| 1   | Transtornos Neuróticos | 42.463           | 5.177              | 12,2                              | 22,9                                |
| 9   | Hipertensão Arterial   | 30.487           | 8.391              | 27,5                              | 18,7                                |
| 8   | Osteoartrose           | 17.323           | 8.504              | 49,1                              | 23,5                                |
| 4   | Tuberculose Pulmonar   | 13.181           | 2.506              | 19,1                              | 38,1                                |
|     | TOTAL                  | 103.454          | 24.578             | 23,7                              | 23,2                                |
| 1   | Transtornos Neuróticos | 38.571           | 3.597              | 9,3                               | 35,3                                |
| 9   | Hipertensão Arterial   | 29.620           | 7.930              | 26,8                              | 22,2                                |
| 8   | Osteoartrose           | 18.387           | 6.980              | 38,0                              | 23,8                                |
| 5   | Tuberculose Pulmonar   | 13.652           | 3.687              | 27,0                              | 41,9                                |
|     | TOTAL                  | 100.230          | 22.194             | 22,1                              | 28,1                                |

FONTE: MPAS/INPS - Relatórios 1984 e 1985.

MPAS/DATAPREV e Coordenadoria de Informática - Tabela: Causas de Incapacidade Temporária por Ordem de Frequência, por Sexo, por Mil Benefícios Concedidos, 1984 e 1985.

(\*) Ver especialmente MPAS, Plano de Ação-1987; MPAS/INPS - Relatórios 1985 e 1986.

(\*\*) Não incluímos os dados do Programa em 1986, por terem sido omitidos no Relatório do INPS desse ano.

O número de clientes atendidos pelo Programa em 1984, primeiro ano de implantação, representou apenas 23,7% do total de casos concedidos no mesmo ano. Além disso, o percentual de desligamentos por volta ao trabalho também foi bastante baixo, ficando em apenas 23,2% do total de atendimentos.

Em 1985 a situação apresentou-se ainda pior. Do total de casos concedidos, apenas 22,1% foram encaminhados ao Programa; havendo, entretanto, melhora no percentual de desligamentos por volta ao trabalho.

Por outro lado cabe ressaltar que no período 1979-1986 houve alterações no perfil de causas que dão origem à concessão do auxílio-doença previdenciário. Segundo dados de Bittencourt<sup>(21)</sup>, em 1979 registraram-se 50.585 casos de transtornos neuróticos e 21.505 de tuberculose pulmonar, o que evidencia que em 1984 e 1985 houve diminuição de requerimentos por essas causas<sup>(\*)</sup>. Já em relação à hipertensão arterial, que em 1979 registrou 24.504 casos e à osteoartrose, com 6.497 casos, se deu processo inverso, pois a tendência tem sido à elevação do número de concessões<sup>(\*)</sup>.

Em relação a essas alterações, pode-se pensar, por um lado, na efetiva alteração do perfil nosológico da população urbana, submetida ao desgaste e ao stress continuados, próprios da vida agitada das grandes cidades. Por outro lado, podem também estar refletindo mudanças nos procedimentos diagnósticos e classificatórios da perícia médica. A este respeito, Bittencourt chama a atenção para o fato de que as neuroses, osteoartroses e doenças hipertensivas são "o escouradouro das incapacidades in-existent",<sup>(22)</sup> pois o diagnóstico é muito subjetivo e, portanto, pode induzir a constantes fraudes. É possível que o aprimoramento do diagnóstico do médico perito tenha sido também responsável pela diminuição da frequência dos casos por essas prin

---

(\*) Vide Tabela 10.

cipais nosologias. Não é menos certo porém que, devido à parcela de subjetividade do diagnóstico, a normatização da concessão se torna muito complexa, de forma que corre-se o risco de prejudicar segurados efetivamente incapacitados para ganhar o sustento quando são aplicadas normas gerais a casos particulares.

Seguindo a Classificação Internacional das Doenças, são cerca de 50 as causas mais importantes pelas quais o INPS concede ao segurado o benefício por incapacidade temporária não acidentária. Considerando o conjunto de benefícios concedidos por este motivo, é interessante observar a distribuição por sexo da incidência das quatro doenças contempladas no PITMSP, no período de 1984-86.

**TABELA 11**

**BRASIL - INCIDÊNCIA DE CAUSAS DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA (EM MIL BENEFÍCIOS CONCEDIDOS). 1984-1986.**

| CAUSA                  | 1984  |        |          | 1985  |        |          | 1986  |        |          |
|------------------------|-------|--------|----------|-------|--------|----------|-------|--------|----------|
|                        | AMBOS | HOMENS | MULHERES | AMBOS | HOMENS | MULHERES | AMBOS | HOMENS | MULHERES |
| TRANSTORNOS NEURÓTICOS | 62,9  | 45,5   | 95,3     | 55,6  | 38,1   | 85,9     | 52,1  | 35,1   | 82,4     |
| HIPERTENSÃO ARTERIAL   | 45,2  | 36,8   | 60,7     | 42,7  | 33,4   | 58,8     | 38,6  | 29,4   | 54,4     |
| OSTEOARTROSE           | 25,6  | 22,9   | 30,8     | 26,5  | 23,0   | 32,4     | 26,2  | 22,2   | 33,1     |
| TUBERCULOSE PULMONAR   | 19,5  | 23,4   | 12,2     | 19,6  | 24,2   | 11,7     | 19,8  | 24,1   | 12,2     |

**FONTE:** MPAS/DATAPREV e Coordenadoria de Informática - **TABELA:** Causas de Incapacidade Temporária por Ordem de Frequência, por Sexo, por Mil Benefícios Concedidos, 1984 e 1985.

De um modo geral, dos dados da Tabela 11 se depreende que, com exceção da osteoartrose, a incidência por essas nosologias teve leve diminuição no período. Entretanto, mais importante do que isso é a distribuição por sexo: com exceção da tuberculose, a incidência das outras doenças nas mulheres é bem maior, destacando-se os transtornos neuróticos. A incidência significa que, de cada 1.000 benefícios concedidos em 1986, por exemplo, 52,1 correspondiam a transtornos neuróticos e que, de cada 1.000 casos destes, 82,4 correspondiam ao sexo feminino e tão somente 35,1 ao masculino. Trata-se de um dado de grande relevância social pois, como se verá mais adiante, apenas 27,9% dos contribuintes da Previdência são mulheres que, por sua vez, ostentam rendimentos bem inferiores aos dos homens.

Se a concessão do auxílio pode ser um "arrimo" para a mulher pobre com filhos, não é menos certo que esta é duplamente explorada, pois não consegue inserção formal no mercado de trabalho e, se o faz, recebe remuneração mais miserável que a dos homens. Tendo ainda o encargo dos filhos, não é de estranhar que a dura luta pela sobrevivência lhe altere de modo tão significativo a saúde física e mental.

No sentido de discutir um pouco mais esse aspecto e enriquecer o até aqui já analisado, procurou-se buscar quais seriam as características da clientela previdenciária e, dentro dela, aquela que requer o auxílio-doença. Algumas dessas características são expostas a seguir.

## VII - CARACTERIZAÇÃO DA CLIENTELA DO INPS

A área em que mais se sente a carência de dados a respeito da Previdência Social e do INPS, em especial, é aquela relativa à caracterização demográfica e sócio-econômica dos segurados e seus dependentes. Em se tratando da política social que "ocupa a mais vasta fronteira nas relações entre o Estado e a Socieda-

de no Brasil", no dizer do Ministro da Previdência e Assistência Social<sup>(23)</sup>, e dada a expressa necessidade de "reestruturar e atualizar o aparelho previdenciário",<sup>(24)</sup> o conhecimento explícito do perfil dessa população aparece como requisito fundamental para proceder a tal reorientação.

Até agora, todavia, não faz parte das informações oficiais o traçado desse perfil, o que leva a pensar que a elaboração de dados, por enquanto, continua tendo uma ênfase puramente quantitativa que, no caso do INPS, reflete a produção de atos administrativos: número de requerimentos, concessões, benefícios em manutenção, etc. Parece-nos que o princípio de humanizar o atendimento ao público deveria partir da própria indagação a respeito de quem são os usuários. É nesse sentido que, no decurso da investigação, sentimos necessidade de conhecer melhor esses cidadãos, na esperança de, no futuro, poder realizar uma pesquisa qualitativa a partir do cruzamento dos dados de produção com o perfil sócio-econômico e demográfico dos beneficiários do sistema.

Nesta seção analisaremos alguns dados do suplemento da PNAD-1983 sobre "Mão-de-obra e Previdência", dando especial atenção à caracterização geral da população vinculada ao SINPAS e, dentro desta, ao grupo beneficiário do auxílio-doença previdenciário.

## 1. Características Gerais

A Previdência Social cobre aproximadamente 70% da população brasileira. A população previdenciária é em sua maioria composta de jovens, com predominância do sexo feminino e com níveis muito baixos de renda.

A Tabela 12 demonstra que do total de pessoas vinculadas ao SINPAS (segurados ativos, inativos e dependentes) 50,5% tem até 21 anos de idade e 76,2% até 39 anos, o que demonstra tratar-se de um sistema de seguridade social muito jovem, ainda em fase de expansão, mas que já começa a conviver com o envelhecimento

**TABELA 12**

**BRASIL - PESSOAS VINCULADAS AO SINPAS, POR SEXO E GRUPOS DE IDADE<sup>(\*)</sup>**

| T O T A L                          |            |      | H O M E N S |      | M U L H E R E S |      |
|------------------------------------|------------|------|-------------|------|-----------------|------|
|                                    | Nº         | %    | Nº          | %    | Nº              | %    |
| TOTAL                              | 91.682.867 | 100  | 44.845.705  | 48,9 | 46.837.162      | 51,1 |
| Até 21 anos                        | 46.266.701 | 50,5 | 22.904.569  | 25,0 | 23.362.132      | 25,5 |
| de 22 a 39 anos                    | 23.528.402 | 25,7 | 11.446.126  | 12,5 | 12.082.276      | 13,2 |
| 40 a 50 anos                       | 9.163.338  | 10,0 | 4.431.357   | 4,8  | 4.731.981       | 5,2  |
| 51 a 60 anos                       | 6.159.045  | 6,7  | 2.916.042   | 3,2  | 3.243.003       | 3,5  |
| 61 anos e mais e<br>idade ignorada | 6.565.381  | 7,1  | 3.147.611   | 3,4  | 3.417.770       | 3,7  |

**FONTE:** IBGE, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD - 1983. Rio de Janeiro, 1984.

**(\*)**: Inclusive pessoas vinculadas ao SINPAS e a outros Sistemas de Previdência Social Público e/ou Privado.



da população e com o prolongamento da expectativa de vida, tudo isso, resultando numa futura diversificação e ampliação das pressões que hoje sofre. As mulheres representam 51,1% do to tal de pessoas vinculadas, mas, em compensação, constituem par cela bem menor como segurados diretos.

Realmente, como mostra a Tabela 13, do total de vinculações ao SINPAS, as mulheres representam 52,3%<sup>(\*)</sup>. No entanto, apenas 27,9% delas são contribuintes. Já dentre os dependentes, elas somam 65,4%. Por outro lado, entre aposentados e pensionistas, homens e mulheres estão relativamente equiparados (51,7% e 48,3% respectivamente), assim como o estão entre os beneficiários em gozo de benefício (49,7% de homens e 50,3% de mulheres). Percebe-se, portanto, que as mulheres utilizam-se dos benefícios tan to quanto os homens, mas não estão na mesma posição enquanto contribuintes, o que corrobora sua ainda parca inserção no mer cado formal de trabalho.

Destaca-se a baixa participação dos contribuintes no total de vinculações (23%), ressaltando a alta relação segurado/dependen tes, que é de 1/2,7. Segundo Barreto e Azevedo,<sup>(25)</sup> essa rela ção se aproxima à da França, que em 1980 era de 1/2,67. Toda-  
via, tais indicadores perdem validade como parâmetros de compa-  
ração devido às profundas diferenças demográficas, de padrão  
de vida e salários existentes entre o Brasil e França.

Ao analisarmos a população ocupada vinculada ao SINPAS (Tabe-  
la 14), reforça-se o já levantado quanto à distribuição por se xo da população previdenciária, onde as mulheres representam a-  
penas 32%, ou seja, quase metade da percentagem dos homens (63%).  
Pode-se depreender dessa baixa participação feminina na popula-  
ção ocupada vinculada ao SINPAS a existência de fatores concomi tantes que afetam o fenômeno: a mulher tem menor acesso ao mer cado formal de trabalho que o homem; quando o faz, entra nos em pregos menos qualificados e à margem da legislação trabalhista.

---

(\*) As diferenças entre esses dados e os da Tabela 12 explicam-se pela dife rença entre pessoas vinculadas e número de vinculações.

TABELA 13

**BRASIL - NÚMERO DE VINCULAÇÕES AO SINPAS, POR SEXO E TIPO DE VINCULAÇÃO**

| TIPO DE VINCULAÇÃO                 | TOTAL % | %   | HOMENS % | MULHERES % |
|------------------------------------|---------|-----|----------|------------|
| TOTAL                              |         | 100 | 47,7     | 52,3       |
| %                                  | 100     |     |          |            |
| CONTRIBUINTE                       |         | 100 | 72,1     | 27,9       |
| %                                  | 23      |     |          |            |
| DEPENDENTES                        |         | 100 | 34,6     | 65,4       |
| %                                  | 61,7    |     |          |            |
| APOSENTADOS E PENSIONISTAS         |         | 100 | 51,7     | 48,3       |
| %                                  | 8,1     |     |          |            |
| TRABALHADOR RURAL                  |         | 100 | 88,5     | 11,5       |
| %                                  | 3,9     |     |          |            |
| NÃO CONTRIBUINTE HÁ MENOS DE 1 ANO |         | 100 | 72,8     | 27,2       |
| %                                  | 2,4     |     |          |            |
| EM GOZO DE BENEFÍCIO               |         | 100 | 49,7     | 50,3       |
| %                                  | 0,8     |     |          |            |

**FONTE:** IBGE, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD - 1983. Rio de Janeiro, 1984.

**NOTA :** Exclusive os "sem declaração".

Isso redunda em baixa conscientização política e social da mulher a respeito de seus direitos e, portanto, em baixo poder de reivindicação, perpetuando-se assim a discriminação.

A Tabela 14 aponta ainda as classes de rendimento das pessoas ocupadas. Das pessoas vinculadas ao SINPAS, 19,8% recebem até 2 salários mínimos. Considerando-se as classes de rendimento de até 5 salários, esse percentual cresce para 72,7%. Permanece aqui a diferença entre os sexos, pois nem sequer na classe de até 1 salário mínimo eles se equiparam, sendo 14,2% para homens e 12,8% para mulheres. Nas classes de maior rendimento, a participação das mulheres cai pelo menos à metade em relação aos homens. Acentua-se a disparidade na classe de mais de 5 salários mínimos, onde 11,5% dos homens se encontra nessa faixa contra apenas 2,2% das mulheres.

A Tabela 15 mostra a situação etária da população previdenciária. Das pessoas ocupadas vinculadas ao SINPAS, nada menos que 70,5% começou a trabalhar com remuneração até 18 anos de idade, sendo que 25,9% até 13 anos.

Apenas 18,6% começou a trabalhar com remuneração acima de 19 anos, sendo que 9,7% começou com até 21 anos. É claro, portanto, que a população previdenciária, como a grande maioria da população brasileira, inicia a etapa laborativa na adolescência e que mais de 25% o faz ainda na infância.

Dessa maneira, se uma determinada pessoa começou a trabalhar com remuneração aos 14 anos, quando tiver alcançado, por exemplo, 34 anos, ela terá cumprido 20 anos de trabalho, o que corresponderia a mais da metade do tempo de atividade necessário para a aposentadoria por tempo de serviço (ou pensão por tempo de serviço, segundo a proposta de mudança da legislação de benefício<sup>(\*)</sup>). Corresponderia, por outro lado, a aproximadamente 1/3 do tempo de atividade necessário para a aposentadoria por velhice (ou pensão por velhice, segundo a mesma proposta de mudança).

---

(\*) INPS - Quadros Comparativos: Legislação Atual X Lei de Diretrizes e Bases da Seguridade Social. FGV/EBAP, mimeo.

Esse dado é muito importante porque, do ponto de vista das finanças da Previdência Social, pode significar que pessoas ainda em plena capacidade laborativa passem a se aposentar e receber prestação, porém continuem a trabalhar sem necessariamente contribuir adicionalmente ao sistema.

**TABELA 14**

**BRASIL - PESSOAS OCUPADAS VINCULADAS A SISTEMAS PREVIDENCIÁRIOS E AO SINPAS, POR SEXO E CLASSES DE RENDIMENTOS<sup>(\*)</sup>**

|                                    | PESSOAS OCUPADAS VINCULADAS À PREVIDÊNCIA |        |          |                                     |        |          |
|------------------------------------|---|--------|----------|-------------------------------------|--------|----------|
|                                    | T O T A L <sup>(1)</sup>                  |        |          | VINCULADAS AO SINPAS <sup>(2)</sup> |        |          |
|                                    | %   | HOMENS | MULHERES | % TOTAL                             | HOMENS | MULHERES |
| TOTAL                              | 100,0                                     | 66,0   | 34,0     | 95,0                                | 63,0   | 32,0     |
| Até 1 Salário Mínimo               | 27,9                                      | 14,6   | 13,3     | 27,0                                | 14,2   | 12,8     |
| + de 1 a 2 Salários Mínimos        | 23,8                                      | 15,9   | 7,9      | 22,8                                | 15,4   | 7,4      |
| + de 2 a 5 Salários Mínimos        | 24,7                                      | 18,9   | 5,8      | 22,9                                | 17,7   | 5,2      |
| + de 5 Salários Mínimos            | 14,9                                      | 12,3   | 2,6      | 13,7                                | 11,5   | 2,2      |
| Sem Rendimento e<br>Sem Declaração | 8,7                                       | 4,3    | 4,4      | 8,6                                 | 4,2    | 4,4      |

(\*) Classes de Rendimento Mensal de todos os trabalhos.

**FONTE:** IBGE, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD-83. Rio de Janeiro, 1984.

**NOTAS:** 1 - Todas as pessoas ocupadas com vinculação a algum sistema de previdência.

2 - Inclusive pessoas vinculadas ao SINPAS e a outros sistemas de previdência social público e/ou privado.

TABELA 15

**BRASIL - PESSOAS OCUPADAS VINCULADAS AOS SISTEMAS PREVIDENCIÁ-  
RIOS E AO SINPAS, POR GRUPOS DE IDADE COM QUE COMEÇA  
RAM A TRABALHAR COM REMUNERAÇÃO**

**- PESSOAS OCUPADAS -**

|                                      | TOTAL (*)<br>% | VINCULADAS AO SINPAS<br>% |
|--------------------------------------|----------------|---------------------------|
| GRUPOS DE IDADE                      | 100,0          | 95,0                      |
| Até 13 anos                          | 26,9           | 25,9                      |
| 14 a 18 anos                         | 47,0           | 44,6                      |
| 19 a 21 anos                         | 10,5           | 9,7                       |
| Acima de 22 anos e<br>Idade Ignorada | 9,6            | 8,9                       |
| Nunca trabalharam<br>com remuneração | 6,0            | 5,9                       |

**FONTE:** IBGE, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio-PNAD-83. Rio de Janeiro, 1984.

(\*) Todas as pessoas ocupadas com vinculação a algum sistema de previdência.

## **2. A clientela do auxílio-doença previdenciário**

Quanto ao contingente previdenciário que requer o auxílio-doença, suas características acompanham, de maneira geral, aquelas do conjunto de beneficiários.

**TABELA 16**

**PESSOAS QUE RECEBERAM AUXÍLIO-DOENÇA PREVIDENCIÁRIO,  
POR SEXO E GRUPOS DE IDADE (\*)**

|                       | B R A S I L |             |               | ESTADO DO RIO DE JANEIRO |             |               |
|-----------------------|-------------|-------------|---------------|--------------------------|-------------|---------------|
|                       | TOTAL<br>%  | HOMENS<br>% | MULHERES<br>% | TOTAL<br>%               | HOMENS<br>% | MULHERES<br>% |
| TOTAL %               | 88,4        | 55,5        | 32,9          | 89,9                     | 52,8        | 37,1          |
| - Até 21 anos         | 1,5         | 1,0         | 0,5           | 0,4                      | 0,2         | 0,2           |
| - de 22 a 39          | 28,6        | 18,2        | 10,4          | 30,7                     | 17,2        | 13,5          |
| - de 40 a 50<br>anos  | 27,9        | 16,7        | 11,2          | 27,8                     | 15,8        | 12,0          |
| - de 51 a 60<br>anos  | 23,8        | 14,4        | 9,4           | 22,4                     | 13,1        | 9,3           |
| - 61 anos e +<br>(**) | 6,6         | 5,1         | 1,5           | 8,6                      | 6,4         | 2,2           |

**FONTE:** IBGE, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios-PNAD-83. Rio de Janeiro, 1984.

(\*) - Valores percentuais referentes à participação do auxílio-doença previdenciário, excluído portanto o auxílio-doença por acidente de trabalho, rural e urbano.

(\*\*) - Inclusive pessoas em idade ignorada.

A Tabela 16 demonstra que, tanto para o Brasil como para o Rio de Janeiro, a maioria das pessoas que recebem o benefício estão em plena idade laborativa. Para o Brasil, 58% das pessoas situa-se no grupo de até 50 anos de idade, sendo quase 30% no de até 39 anos. Da mesma forma, para o Rio de Janeiro 58,9% tem até 50 anos e 31% até 39 anos. Em todas as faixas etárias as mulheres ocupam parcela menor que os homens. No entanto, percebe-se que no grupo de 15-50 anos de idade, ou seja, naquele que mais utiliza o benefício, no Estado do Rio de Janeiro os sexos encontram-se relativamente equiparados.

Ao contrário do que se poderia esperar, em termos relativos os mais jovens são os que mais requerem o auxílio-doença; não seria, portanto, o avanço da idade o que estaria determinado o usufruto do benefício por motivo de doença. Poder-se-ia supor que condições desfavoráveis de trabalho e de salários estariam determinando essa predominância. Estariam reforçando essa hipótese os dados já mencionados sobre a idade precoce em que os segurados começam a trabalhar.

É exatamente entre a população de mais baixa renda que encontra-se também a maioria da clientela do auxílio-doença. A Tabela 17 indica que, para o Brasil, 76,3% das pessoas situa-se em classes de rendimento de até 3 salários mínimos, sendo 44,1% com ganhos de até 1 salário-mínimo. Para o Estado do Rio a situação se repete: 76,1% das pessoas tem rendimento de até 3 salários e 41,2% ganha até 1 salário mínimo. Note-se, ainda, que do total, apenas 3,9% para o Brasil e 4,5% para o Estado do Rio de Janeiro recebe mais de 5 salários mínimos.

**TABELA 17**

**PESSOAS QUE RECEBERAM AUXÍLIO-DOENÇA PREVIDENCIÁRIO  
POR CLASSES DE RENDIMENTO MENSAL (\*)**

|                             | BRASIL | ESTADO DO RIO<br>JANEIRO % |
|-----------------------------|--------|----------------------------|
| TOTAL %                     | 88,4   | 89,9                       |
| Até 1 Salário Mínimo        | 44,1   | 41,2                       |
| + de 1 a 2 Salários Mínimos | 23,2   | 23,2                       |
| * de 2 a 3 Salários Mínimos | 9,0    | 11,7                       |
| + de 3 a 5 Salários Mínimos | 6,9    | 8,2                        |
| + de 5 Salários Mínimos     | 3,9    | 4,5                        |

FONTE: IBGE, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios-PNAD-83, Rio de Janeiro, 1984.

(\*) Valores percentuais referentes à participação do auxílio-doença previdenciário, excluído portanto o auxílio-doença por acidente de trabalho, rural e urbano.

Quanto à situação ocupacional dos beneficiários do auxílio-doença, a Tabela 18 mostra que, do total dessas pessoas, mais da metade é de empregados (50,7% para o Brasil e 52,9% para o Estado do Rio). Importante chamar atenção para o percentual de pessoas não remuneradas e não ocupadas (20,5% para o Brasil e 12,6% para o Rio de Janeiro), assim como também é expressivo o número de pessoas com ocupação por conta-própria, que se somadas não se distanciam muito do percentual de empregados.

TABELA 18

PESSOAS QUE RECEBERAM AUXÍLIO-DOENÇA PREVIDENCIÁRIO,  
POR OCASIÃO NA OCUPAÇÃO (\*)

|   | BRASIL | ESTADO DO RIO<br>DE JANEIRO % |
|---|--------|-------------------------------|
| TOTAL %                                     | 88,4   | 89,9                          |
| Empregados                                  | 50,7   | 52,9                          |
| Conta-Própria                               | 16,0   | 22,3                          |
| Empregadores                                | 1,2    | 2,1                           |
| Não Remunerados e<br>Não Ocupados na Semana | 20,5   | 12,6                          |

FONTE: IBGE, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios-PNAD-83. Rio de Janeiro, 1984.

(\*) Valores percentuais referentes à participação do auxílio-doença previdenciário, excluído portanto o auxílio-doença por acidente de trabalho, rural e urbano.

Apesar de conclusões sobre esses dados requererem outros estudos mais detalhados no momento não disponíveis, é possível perceber claramente que o perfil do beneficiário do auxílio-doença corresponde àquele dos estratos mais pobres e explorados da população brasileira e sujeitos, portanto, a maiores riscos de adoecer.



A preocupação em enfatizar as características acima tem a ver com a iniciativa clara do sistema de conter a concessão e manutenção dos benefícios, especialmente aqueles por incapacidade. É provável que exista um grande número de benefícios indevidos ou dolosos. No entanto, há que distinguir-se entre as fraudes, para as quais os benefícios por incapacidade são terreno fértil, e um sem número de usuários em estado de pobreza ou de miséria absoluta, para quem esses benefícios são vitais para o sustento mínimo.

Se bem as concessões fraudulentas podem ser reprimidas através de medidas de racionalização e informatização, não há dúvidas que existe uma pressão real pelo auxílio-doença, derivada das precárias condições de vida e saúde e dos baixos salários dos trabalhadores. Nesse sentido, parece evidente que a repressão à demanda é inócua na medida que são as próprias condições materiais de existência da população as que a impelem a buscar alternativas de subsistência. Daí que, se bem os dados mostraram que o auxílio-doença sofreu efetiva redução na década, por outro lado, ao que parece, houve um deslocamento para a obtenção de outros benefícios como a aposentadoria por invalidez. Este é um instigante ponto que deverá ser investigado no futuro.

A modo de comentário final sobre o perfil da clientela da Previdência Social, cabe apenas reiterar o que os dados eloquentemente mostraram: trata-se de uma população jovem porém concentrada em níveis de pobreza quase absoluta que, por isso mesmo, tem maior necessidade de recorrer a algum tipo de benefício pecuniário. O fato de mais de 30% das pessoas de até 39 anos solicitarem auxílio-doença pode estar significando não somente alto grau de desgaste em plena capacidade produtiva senão também que uma boa proporção sofre de doenças diretamente ligadas às condições de trabalho.

Tratando-se de legislações, diagnósticos e processualística diferentes daqueles que regem a incapacidade acidentária, e por ser o benefício por doença comum de valor pecuniário menor, é possível que as medidas contencionistas acusadas ao longo deste trabalho estejam influenciando para o "desvio" de acidentados do trabalho ou portadores de doenças profissionais para o auxílio-doença previdenciário.

Por outro lado, há de ser levado em conta que é através das políticas sociais que a miséria encontra estratégias de sobrevivência "dentro da lei". Assim, mesmo que nem sempre o segurado esteja realmente incapacitado para trabalhar, procura pressionar de todas as formas o INPS para obter alguma renda adicional, mesmo que mínima.

Os dados institucionais revelaram profundos e complexos problemas estruturais do sistema previdenciário, que têm sido enfrentados através de medidas contencionistas, racionalizações focais e simples repressão da demanda. Por exemplo, sabe-se que as contribuições foram majoradas na década de 80, os benefícios atrelados a um salário mínimo deteriorado e as despesas em administração e infra-estrutura igualmente contidas.

Por outro lado, o perfil da clientela revela que, além de crescer em número, padece de todos os efeitos de um modelo econômico concentrador de renda, expoliador da força de trabalho e marginalizador do acesso da maioria aos equipamentos sociais. Trata-se, assim, de problemas igualmente histórico-estruturais.

Esse quadro, na sua diabólica combinação, só faz com que a Previdência Social tão somente reproduza a desigualdade econômica e a injustiça social, a começar pelo próprio atendimento ao usuário: autoritário, desumano e movido pela lógica da contenção do gasto e não pela atenção às reais demandas da população.

## VIII - CONSIDERAÇÕES GERAIS

A observação mais importante a fazer em relação à análise precedente tem a ver com a efetiva diminuição do número de benefícios concedidos pelo INPS, especialmente a partir de 1982. O exame do auxílio-doença permitiu apreciar de perto o impacto das medidas racionalizadoras, que tiveram como alvo principal o setor de concessão de benefícios por perda temporária da capacidade para trabalhar causada por doença comum. A este respeito, constatou-se que o volume de concessões por auxílio-doença previenciário estava, em 1986, 10.2 pontos percentuais abaixo dos níveis de 1977. Constatou-se, assim mesmo, que a restrição às concessões desse auxílio repercutiu no volume deste benefício em manutenção, que chegou em 1986 a um nível quase idêntico ao de 1977, apesar de o número de segurados ativos ter aumentado entre 40% e 60% nesse mesmo período.

Por outro lado, foi possível apreender que os mecanismos técnico-administrativos acionados em relação à concessão ou não do auxílio-doença não obedeceram a uma diretriz homogênea, pois tenderam a discriminar grupos de segurados em favor de outros. Embora as reais causas das disparidades encontradas, por exemplo, em relação ao Nordeste ou à Baixada Fluminense, possam estar associadas às características locais de maior ou menor informalidade do mercado de trabalho, é fato que a eficiência restritiva com que funciona a atenção ao usuário tende a ser mais acentuada nas áreas de população mais pobre.

A redução do conjunto de benefícios praticamente a patamares de 1977, indica a eficácia e a eficiência em termos quantitativos das diretrizes contencionistas adotadas em função da crise previenciária. Assume-se que teve reflexos positivos na administração do INPS, em função da menor carga de trabalho experimentada pela diminuição dos processos de requerimento, concessão e manutenção de benefícios e serviços adicionais em relação ao crescimento do número de segurados. Tais resultados, todavia, não parecem ter afetado ainda a qualidade do atendimento ao se

gurado, que segue sofrendo longas esperas até receber o seu benefício. Certamente, tal situação se mantém na medida que a dotação dos recursos humanos, materiais e de infra-estrutura do INPS não tem acompanhado a expansão do sistema.

Pelo menos, é o que demonstram os resultados das avaliações do INPS em 1982 e 1986. Com efeito, o Programa de Melhoria do Atendimento ao Público diminuiu em apenas 6 dias o tempo médio de espera pelo benefício, no caso das pensões e aposentadorias (de 96 para 90 dias). Porém, conseguiu, de fato, duplicar de 30 para 60 dias, em média, a espera pelo auxílio-doença previdenciário. Neste intervalo, quem sabe, o doente desiste, melhora ou, mesmo, morre!

Coloca-se como questão central destas considerações que o esforço institucional de pelo menos os últimos 6 anos esteve voltado, em todos os níveis da estrutura do INPS, para comprimir uma demanda crescente. Trata-se, porém, da demanda de uma cliente-la miserável, em especial a que solicita auxílio-doença, pois quase 70% ganha até 2 salários mínimos.

Desse modo, existiria, por um lado, a pressão institucional por maior rigor na contenção das concessões dentro de limites cada vez mais estreitos e, por outro, a crescente pressão de uma massa segurada com péssimos níveis de vida e saúde.

Por hipótese, essa situação contraditória teria criado uma cultura organizacional muito peculiar que aliena o servidor em relação à função pública que lhe cabe cumprir no atendimento aos usuários do sistema, que passam a ser vistos como "excesso" de demanda a reprimir. Aliena também os segurados que, pela sua humilde condição e pela dificuldade de obter um benefício, tendem a ver este como a concessão de um favor que cabe paciente-mente esperar.

Reverter esse "pathos" burocrático excludente é, em primeiro lugar, uma questão política a ser de fato resolvida, se se preten

de mudar as práticas administrativas. Assim foi compreendido pela gestão do INPS, inaugurada com a Nova República e expressado em princípios democratizantes que presidiram sua ação. Contudo, as tendências aqui examinadas para a presente conjuntura parecem indicar que o esforço de mudança ainda centra-se na modernização organizacional.

Embora a modernização sejam indispensável, é de se esperar que sejam ultrapassados seus limites no sentido de mudar a própria política previdenciária para além do discurso. Se assim não acontecer, pode-se estar caminhando para "racionalizar" em maior profundidade a ação do feiticeiro pois, ao que parece, o benefício transformou-se em malefício para o INPS.

## IX - SUGESTÕES FINAIS

De início, cabe esclarecer que estas sugestões não visam "recomendar" à Previdência Social medidas tendentes a solucionar as profundas contradições que enfrenta na efetivação da política social que lhe cabe implementar. Enquanto tal, é uma questão eminentemente política que tão somente o debate sério e aberto - ou participativo e transparente, segundo rezam os princípios da Nova República - poderá contribuir para encontrar caminhos que tentem conciliar tantos interesses conflitantes.

Assim sendo, as colocações a seguir referem-se às reflexões surgidas ao longo da própria realização da pesquisa e que têm como mira justamente os princípios norteadores do Plano de Ação de 1987-89, do MPAS.

1. É consenso, entre todos os estudiosos da Previdência Social, que a qualidade dos dados institucionais não atende, hoje em dia, a nenhum objetivo válido e coerente. Trata-se de informações dispersas, confusas, descontínuas, contraditórias e pouco confiáveis, além de inacessíveis, quando se quer aprofundar algum assunto.

É fundamental que o Relatório Anual do INPS passe a transformar-se em efetivo instrumento de análise da política seguida pela instituição, das diretrizes implementadas e das metas programáticas fixadas. Tal Relatório deveria ser a expressão do esforço coletivo de todos os servidores, que nele veriam refletido o produto de seu trabalho, valorizando-o portanto. Esse Relatório e documentos que o alimentam deveriam se constituir em ferramenta tanto para a gerência, em todos os níveis, quanto para a efetiva avaliação da política previdenciária no âmbito do INPS e por parte do grande público, tanto usuário como interessados na área.

Para tanto é imprescindível que seja superada a forma como hoje são elaboradas, sistematizadas e publicadas as informações, que apresentam todos os problemas acima mencionados. Evidentemente, isto implica melhor entrosamento com a DATAPREV, fundamentalmente. Mas, também deve-se superar os atuais obstáculos do INPS no seu relacionamento com INAMPS e outras instituições, com as quais tem programas (e problemas) comuns.

2. A riqueza das informações que poderia fornecer o INPS é absolutamente ignorada. Isto é especialmente relevante em relação à caracterização da clientela usuária. Já houve no INPS várias tentativas de efetivar a área de Estudos e Pesquisas; porém, a iniciativa não encontrou eco na alta direção. Neste sentido, vale a sugestão de que seja de fato aproveitado esse imenso caudal de dados, que a Previdência possui em estado latente, para que conheça melhor a si mesma e àqueles que são objeto de sua política. Igualmente, os resultados das pesquisas deveriam ser amplamente divulgados entre os servidores para que, de fato, apreendam o contexto e alcance de seu trabalho, enquanto função pública de mais alta relevância social.

3. O INPS, assim como a maioria das instituições públicas no Brasil, perdeu ou deixou perder sua memória institucional. Neste sentido, seria empreendimento de mais alta valia resga

tar todo o conhecimento dos funcionários mais antigos, que ficaram relegados em prol da "modernização". Tais servidores, em conjunto com a direção, e à luz das novas diretrizes do planejamento, seriam os mais idôneos para propor soluções aos graves problemas de gerência cotidiana e de comunicação interna que afetam o INPS, aproveitando-se, assim, a oportunidade para valorizar a contribuição que, mesmo em condições salariais e de trabalho adversas, deram à repartição.

4. É imprescindível, por último, que princípios tais como humanização, democratização, transparência, valorização do servidor, etc, constituam-se em prática permanente em todos os níveis de gestão e execução. Trata-se de uma dimensão político-ideológica que tão somente terá efeitos concretos na medida que seja internalizada por todo o corpo de funcionários, a começar pela própria direção superior. Mas isso não é suficiente, pois é igualmente necessário que os usuários do INPS tenham o direito de cobrar, através da real participação na gestão, o cumprimento desses compromissos.
5. Quanto aos resultados desta pesquisa, é evidente que têm caráter preliminar. Abriram apenas uma frente num universo cuja exploração é inesgotável. Devido ao escasso tempo de que se dispôs para realizá-la, muitos tópicos foram abordados de forma incompleta ou superficial. De extrema relevância pareceu a vertente relativa ao estudo dos benefícios por incapacidade laborativa, que recém começam a merecer maior atenção devido à revitalização do movimento sindical e suas reivindicações no que tange às condições de trabalho. Todavia, como visto neste documento, o problema é bem mais amplo.

Acreditamos que deveriam fazer parte da atuação do MPAS e do INPS, portanto, diretrizes no sentido de também apoiar investigações acadêmicas, que contribuíssem para a produção de conhecimento científico sobre a Previdência Social e que, por sua vez, lhe serviria de subsídio para auto-avaliação. Neste sentido, o

convênio INPS-FGV/EBAP, que fez possível este trabalho, foi um primeiro contato muito promissor, pois abriu espaço para a aproximação - sempre tão difícil - entre academia e serviços, entre teoria e realidade.



## X. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. MPAS, Rumos da Nova Previdência, Anais do Grupo de Trabalho para Reestruturação da Previdência Social, 1986. Tomo I.
2. OLIVEIRA, Jaime A. e TEIXEIRA, Sonia F., (Im) Previdência Social: 60 anos de história da Previdência no Brasil. Petrópolis, Vozes, 1986.
3. REZENDE, Fernando. A Imprevidência da Previdência. IPEA, 1982. (mimeo).
4. MPAS/INPS, Análise Institucional e Plano de Ação 1979/1985. Rio de Janeiro, 1980.
5. Id, Ibid.
6. Id. Ibid., p.43.
7. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA/SEPLAN, I Plano Nacional de Desenvolvimento da Nova República 1986 - 1989, Brasília, 1986.
8. MPAS, I PND da Nova República - Plano Setorial - 1986-1989, p. 13.
9. Id. Ibid.
10. MPAS/INPS, Depoimento do Presidente do INPS, Dr. Virgílio Arthur Filho perante a Comissão Parlamentar de Inquérito. Brasília, 1985.
11. MPAS, Planejamento do MPAS/SINPAS 1987-1989 - Plano de Ação 1987, Brasília, 1987.
12. Id Ibid.

13. Id. Ibid.
14. Id. Ibid. p.20
15. Id. Ibid. p.20
16. Id. Ibid. p.20
17. MPAS/INPS/SSP/CPM, A Atuação da Perícia Médica, op.cit.
18. Id. Ibid.
19. SMOLKA, Maria Alice L.F. e CARVALHO, Maria Alice M. de.  
"As estatísticas previdenciárias: uma revisão crítica".  
In: Rev. Bras. de Estatística. Rio de Janeiro, 47 (185):  
55-93, jan./mar. 1986.
20. MPAS/INPS/SSP/CPM, A Atuação da Perícia Médica, op. cit.
21. Id. Ibid.
22. Id. Ibid.
23. MPAS, Rumos da Nova Previdência, op. cit.; p.37.
24. Id. Ibid.
25. BARRETO DE OLIVEIRA, F.E. e AZEVEDO, Maria Emília R.M.,  
Previdência Social: Diagnóstico e Perspectivas. In:  
Revista Brasileira de Administração Pública. Rio de Ja  
neiro, Fundação Getúlio Vargas, 19 (1): 59-94, jan./mar.  
1985.

Série Cadernos EBAP

- 01 - FORMAÇÃO DO ADMINISTRADOR PÚBLICO: ALTERNATIVAS EM DEBATE  
- 1980.  
Bianor Scelza Cavalcanti
- 02 - EM BUSCA DE NOVOS CAMINHOS PARA A TEORIA DE ORGANIZAÇÃO  
1980  
Ana Maria Campos
- 03 - TREINAMENTO E DESENVOLVIMENTO GERENCIAL: INFERÊNCIA SOBRE  
A EXPERIÊNCIA DAS EMPRESAS ESTATAIS NO BRASIL - 1980.  
Paulo Roberto Motta
- 04 - ESTRUTURAS ORGANIZACIONAIS - 1980  
Luciano Zajdsznajder
- 05 - A INTERVENÇÃO ESTATAL NO SETOR SAÚDE: UMA CONTRIBUIÇÃO PA-  
RA A PESQUISA "GASTO PÚBLICO EM SAÚDE" - 1980.  
Equipe PROASA
- 06 - EDUCAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA: RETROSPECTIVA E PERSPEC-  
TIVA DA EXPERIÊNCIA NORTE-AMERICANA E REFLEXÕES SOBRE O CA-  
SO BRASILEIRO - 1980.  
Armando Moreira da Cunha
- 07 - PROJETO RIO: ANÁLISE DE UMA EXPERIÊNCIA DE PLANEJAMENTO PAR-  
TICIPATIVO - 1981  
Héctor Atilio Possiese
- 08 - A PROPOSTA DE PARTICIPAÇÃO NA TEORIA GERENCIAL: A PARTICIPA-  
ÇÃO INDIRETA - 1981.  
Paulo Roberto Motta
- 09 - PARTICIPAÇÃO NA GERÊNCIA: UMA PERSPECTIVA COMPARADA - 1981.  
Paulo Roberto Motta

- 10 - O RITUAL DA DESBUROCRATIZAÇÃO: SEUS CONTEXTOS DRAMÁTICO E REPRESENTAÇÕES - 1981.  
Maria Eliana Labra
- 11 - ASSISTÊNCIA MÉDICO-HOSPITALAR DO SISTEMA PREVIDENCIÁRIO BRASILEIRO ATRAVÉS DE SERVIÇOS CONTRATADOS - 1981.  
Valéria de Souza
- 12 - MINHA DÍVIDA A LORD KEYNES - 1982  
Alberto Guerreiro Ramos
- 13 - UMA PROPOSTA DE AVALIAÇÃO DO POLO NOROESTE - 1982  
Antônio de Pádua Fraga
- 14 - REPARTINDO TAREFAS E RESPONSABILIDADES NAS ORGANIZAÇÕES: ALGUNS DILEMAS ENFRENTADOS PELA GERÊNCIA - 1982.  
Anna Maria Campos
- 15 - AS DISFUNÇÕES DO PROGRAMA NACIONAL DO ÁLCOOL EM DECORRÊNCIA DA EXCESSIVA ÊNFASE NA CANA-DE-AÇÚCAR - 1982.  
Fátima Bayma de Oliveira
- 16 - SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE SAÚDE: A VISÃO DE UM SANITARISTA 1982.  
Franz Rulli Costa
- 17 - O "JEITINHO" BRASILEIRO COMO UM RECURSO DE PODER - 1982  
Clóvis Abreu Vieira  
Frederico Lustosa da Costa  
Lázaro Oliveira Barbosa
- 18 - FINSOCIAL: ANÁLISE DE UMA POLÍTICA GOVERNAMENTAL - 1983.  
Paulo Emílio Matos Martins
- 19 - AVALIAÇÃO DE EMPRESAS PÚBLICAS NOS PAÍSES EM DESENVOLVIMENTO: A PERSPECTIVA SOCIAL - 1983  
Paulo Roberto Motta

- 20 - REFLEXÕES SOBRE O PROCESSO DE TECNIFICAÇÃO DA MEDICINA NO BRASIL - 1983.  
Paulo Ricardo da Silva Maia
- 21 - A CO-GESTÃO NO INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER: UMA ANÁLISE ADMINISTRATIVA - 1983.  
Paulo Roberto Motta
- 22 - O SINDICALISMO NO GOVERNO DE GETÚLIO VARGAS - 1983.  
Lucival José Siqueira Costa
- 23 - PLANEJAMENTO, PESQUISA E APRENDIZAGEM - 1983  
Luciano Zajdsznajder
- 24 - A INFORMAÇÃO DO SETOR PÚBLICO COMO FORMA DE OBTENÇÃO DE GANHOS SUBSTANCIAIS DE PRODUTIVIDADE - 1983.  
José Osmir Fiorelli
- 25 - ANÁLISE DA ESTRUTURA FORMAL DAS ORGANIZAÇÕES: CONSIDERAÇÕES PRÁTICAS - 1983.  
Armando Bergamini de Abreu
- 26 - ALGUNS IMPACTOS SOCIAIS E ECONÔMICOS DA AUTOMAÇÃO NO SETOR BANCÁRIO - 1983.  
Samuel Levy
- 27 - O PROGRAMA DE ESTUDOS PROSPECTIVOS SOBRE O IMPACTO SOCIAL DA TECNOLOGIA. UMA PROPOSTA INSTITUCIONAL - 1983.  
Samuel Levy
- 28 - PESQUISA: RELEVÂNCIA SOCIAL, COOPERAÇÃO E ABERTURA À APRENDIZAGEM - 1983.  
Anna Maria Campos
- 29 - INVESTIGAÇÕES DE CIÊNCIAS SOCIAIS EM SAÚDE NO BRASIL - 1984  
Sonia Maria Fleury Teixeira

- 30 - A PARTICIPAÇÃO DO CIDADÃO NAS DECISÕES DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA - 1984.  
Luis Carvalheira de Mendonça
- 31 - ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE - RETROCESSO OU NOVOS RUMOS PARA A MODERNIZAÇÃO DO SERVIÇO? - 1984.  
Cleisi Heisler Neves
- 32 - FAMERJ VERSUS BNH: UM ESTUDO DE CASO SOBRE MOVIMENTOS SOCIAIS URBANOS - 1985.  
Araci Machado  
Silvia Porto  
Sylvia Constant Vergara
- 33 - A RELAÇÃO ESTADO E TRABALHADORES URBANOS NO BRASIL - 1985.  
Carlos E. Rodrigues López  
Carmem Lúcia L. Veloso de Castro  
Maria Elide Bortoletto
- 34 - NOTAS SOBRE A RELEVÂNCIA DA ELABORAÇÃO DE UM NOVO TEXTO CONSTITUCIONAL PARA A EFETIVIDADE DA DEMOCRACIA NO BRASIL 1986.  
José Martins da Silva
- 35 - ADMINISTRAÇÃO DA POLÍTICA INDUSTRIAL NO BRASIL (RELATÓRIO FINAL) - 1987.  
Bianor Scelza Cavalcanti  
Jorge Vianna Monteiro  
José Cezar Castanhar
- 36 - MODERNIZAÇÃO ADMINISTRATIVA: PROPOSTAS ALTERNATIVAS PARA O ESTADO LATINO AMERICANO - 1987.  
Paulo Roberto Motta.
- 37 - RAZÃO E INTUIÇÃO: RECUPERANDO O ILÓGICO NA TEORIA DA DECISÃO GERENCIAL - JUN - 1988  
Paulo Roberto Motta

38 - PARTICIPAÇÃO DIRETA DO EMPREGADO NO PROCESSO DECISÓRIO E  
NÍVEL DE PRODUTIVIDADE NAS ORGANIZAÇÕES - jul, 1988

Ethel Valéria de Oliveira Raiser

000052407



AC. 33345

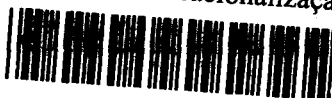
|                         |    |
|-------------------------|----|
| BIBLIOTECA              |    |
| MARIO HENRIQUE SIMONSEN |    |
| FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS |    |
| 1016                    | 89 |
| 12/10                   | 89 |

ID 52407

N.Cham. P/EBAP CE 39

Autor: Labra, Maria Eliana.

Título: Impactos da racionalização administrativa na



FGV - BMHS

052407

33345

Nº Pat.:1016/89