

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
FACULDADE DE DIREITO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DIREITO
CURSO DE MESTRADO EM DIREITO E JUSTIÇA SOCIAL

CLAUDIO RUIZ ENGELKE

**A NECESSIDADE DE INTER-RELAÇÃO ENTRE SAÚDE, PREVIDÊNCIA E
ASSISTÊNCIA SOCIAL NO CONTEXTO DA SEGURIDADE SOCIAL**

Rio Grande

2019

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
FACULDADE DE DIREITO - FADIR
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DIREITO
CURSO DE MESTRADO EM DIREITO E JUSTIÇA SOCIAL

**A NECESSIDADE DE INTER-RELAÇÃO ENTRE SAÚDE, PREVIDÊNCIA E
ASSISTÊNCIA SOCIAL NO CONTEXTO DA SEGURIDADE SOCIAL**

Claudio Ruiz Engelke

Dissertação de mestrado apresentada
ao Programa de Pós-Graduação em
Direito e Justiça Social da Universidade
Federal do Rio Grande, como requisito
parcial para obtenção do título de Mestre
em Direito e Justiça Social.

Orientador: Prof. Dr. José Ricardo
Caetano Costa.

Rio Grande

2019

CLAUDIO RUIZ ENGELKE

**A NECESSIDADE DE INTER-RELAÇÃO ENTRE SAÚDE, PREVIDÊNCIA E
ASSISTÊNCIA SOCIAL NO CONTEXTO DA SEGURIDADE SOCIAL**

Prof Dr. José Ricardo Caetano Costa
Universidade Federal do Rio Grande

Prof. Dr. Hector Cury Soares
Universidade Federal do Rio Grande

Prof^a. Dr^a Márcia Rodrigues Bertoldi
Universidade Federal de Pelotas

AGRADECIMENTOS

Meu agradecimento ao professor José Ricardo Caetano Costa, amigo e orientador, pelo conhecimento transmitido, pela paciência que sempre teve e por toda contribuição prestada nesta caminhada.

Agradeço aos meus pais pelo apoio prestado, desde sempre.

E agradeço à Daiane pelo companheirismo e compreensão nesta etapa.

Eu sou um intelectual que não tem medo de ser amoroso. Amo as gentes e amo o mundo. E é porque amo as pessoas e amo o mundo que eu brigo para que a justiça social se implante antes da caridade.

Paulo Freire

RESUMO

A seguridade social brasileira é estruturada pela Constituição da República, com fundamento na união das áreas da saúde, previdência e assistência social. As políticas públicas na seguridade são executadas sem cooperação entre as instituições responsáveis. Diante da situação de restrição orçamentária que as políticas sociais enfrentam, a proposta é de aumento da inter-relação entre SUS e INSS para prestação de serviço mais efetivo para os usuários e com menor custo para a administração. Trata-se de pesquisa exploratória, que utiliza o método indutivo, com técnicas de pesquisa bibliográfica, mediante o estudo da doutrina e legislação relacionada à temática estudada.

Para compreender a situação nacional atual, a seguridade foi analisada no contexto das políticas públicas, para depois examinar cada uma de suas áreas. Verificou-se a falta de articulação entre as instituições que executam as políticas públicas na área da saúde, previdência e assistência social. A situação atual da seguridade social foi estudada através do exame da Emenda Constitucional 95/16. E ao fim uma breve reflexão acerca da perícia biopsicossocial, uma proposta de procedimento a ser adotado pela previdência e assistência social de forma conjunta com a saúde, onde são demonstradas as vantagens da inter-relação entre as áreas da seguridade.

PALAVRAS-CHAVE: Seguridade social, saúde, previdência social, assistência social, perícia biopsicossocial.

ABSTRACT

Brazilian social security is structured by the Constitution of the Republic, based on the union of health, welfare and social assistance areas. Public policies on security are implemented without cooperation between the responsible institutions. Given the situation of budget constraint that social policies face, the proposal is to increase the interrelation between SUS and INSS to provide a more effective service for users and at a lower cost to the administration. It is an exploratory research, using the inductive method, with bibliographic research techniques, through the study of doctrine and legislation related to the subject studied.

In order to understand the current national situation, security was analyzed in the context of public policies, and then examined in each of its areas. There was a lack of articulation between the institutions that execute the public policies in the area of health, welfare and social assistance. The current situation of social security was studied through the examination of Constitutional Amendment 95/16. And finally a brief reflection on biopsychosocial expertise, a proposal for a procedure to be adopted by social security and social assistance in conjunction with health, where the advantages of the interrelationship between the areas of safety are demonstrated.

KEY WORDS: Social security, health, social security, social assistance, biopsychosocial expertise.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	09
1. SEGURIDADE SOCIAL COMO POLÍTICA PÚBLICA	12
1.1 Políticas públicas nos Estados modernos.....	13
1.2 Seguridade social: saúde, previdência e assistência social.....	18
1.3 A assistência social.....	30
2. SAÚDE PÚBLICA NO CONTEXTO BRASILEIRO	37
2.1 A saúde como política pública.....	38
2.2. A evolução da saúde pública no Brasil.....	45
2.3 A saúde pública no Brasil contemporâneo.....	56
3. PREVIDÊNCIA SOCIAL	65
3.1 Breve histórico da previdência social.....	67
3.2 Previdência Social na Constituição de 1988	73
4. A FALTA ARTICULAÇÃO ENTRE AS INSTITUIÇÕES QUE COMPÕEM A SEGURIDADE SOCIAL	80
4.1 Análise da relação entre SUS e INSS.....	89
4.2 A problemática trazida pela EC n. 95/16: o aumento da distância entre as áreas que compõem a seguridade social.....	92
4.3 A perícia biopsicossocial como fator de integração da saúde, previdência e assistência social.....	98
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	105
6. REFERÊNCIAS	107

INTRODUÇÃO

A seguridade social no Brasil, conforme instituída na Constituição de 1988, tem como uma de suas características a tripartição entre saúde, previdência e assistência social. Com isso, todo cidadão brasileiro possui direito a um sistema de saúde de qualidade, que garanta o custeio de práticas terapêuticas eficientes, bem como a fazer parte de um sistema público de previdência e de ser acudido pela assistência social.

De acordo com o sistema legal vigente, a estrutura da Seguridade Social é formada pelo Sistema Único de Saúde (SUS), responsável pela execução de políticas voltadas à promoção de saúde pública, pelo Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS), comprometido com a realização de políticas públicas na seara previdenciária e do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), que estabelece uma rede de proteção social com o fim de garantir o mínimo existencial.

Em que pese a existência de relação entre estes institutos, é perceptível até mesmo pela observação cotidiana de quem atua no âmbito das políticas sociais, que inexiste uma comunicação efetiva entre os mecanismos de atuação estatal. Por se tratarem de órgãos que fazem parte, ao menos no âmbito Constitucional, de um mesmo sistema de seguridade, o diálogo entre os agentes do SUS e do INSS poderia facilitar consideravelmente a garantia dos direitos sociais.

A ausência de comunicação entre os órgãos estatais fica evidenciada e torna recorrente a ineficiência na realização de políticas no contexto da seguridade social. As informações cadastradas no sistema de saúde, via de regra, são desconsideradas no contexto da previdência e da assistência social. Com relação ao instituto previdenciário, é importante destacar que os benefícios de maior procura são exatamente aqueles vinculados a questões que envolvem saúde.

Partindo do pressuposto que a maioria dos benefícios previdenciários e assistenciais devam ser concedidos a partir de uma avaliação da capacidade laboral dos indivíduos, a luz de que devam ser considerados aspectos psicossociais, biológicos, econômicos e ambientais, a eficiência na troca de informações entre os

órgãos que compõem a seguridade tornaria mais eficiente a garantia de direitos fundamentais sociais.

Tem o presente o objetivo de demonstrar os efeitos da falta de comunicação entre os órgãos que compõem a seguridade social, tendo como fundamento a forma como o texto constitucional reuniu a saúde, a previdência e assistência social em um mesmo sistema de proteção.

A forma como o estado oferece políticas de saúde pública através do SUS, apesar de inúmeras falhas existentes, ainda é a única forma de acesso a saúde de milhões de brasileiros que não contam com nenhuma assistência privada.

A previdência, por sua vez, também é responsável por conferir dignidade para muitos aposentados, pensionistas e segurados em geral, que dependem dos valores recebidos através do INSS.

E a assistência social também é responsável por organizar políticas públicas de grande relevância para o país, sobretudo para aqueles em situação de pobreza, em situações que organiza a os meios para que os benefícios como Bolsa Família e o Benefício de Prestação Continuada (BPC), cheguem até as pessoas que deles necessitem, e com isso evitar que milhares de cidadãos em estado social crítico caiam na situação de miserabilidade absoluta.

Estas formas de conter a miséria da sociedade foi organizada de forma conjunta pela Constituição Federal, mas os órgãos responsáveis, SUS e INSS, atuam de forma totalmente independente.

Tem, assim, o objetivo de demonstrar que a atuação em conjunto destes órgãos estatais pode haver um ganho real para os segurados, que é a facilidade ao requerer um benefício, assim como ter o seu pedido uma prova mais consistente.

Os benefícios previdenciários de maior incidência são aqueles que versam sobre a incapacidade para exercer atividade laboral. Exemplos são auxílio doença e aposentadoria por invalidez. Para tanto o INSS possui em seu quadro os Peritos Médicos Federais, servidores especializados em analisar e avaliar a capacidade dos segurados.

O SUS, por sua vez possui uma rede descentralizada que oferece de forma universal e gratuita o serviço e tratamento de saúde, seja através de Unidade Básica de Saúde, de Unidades de Pronto Atendimento, seja através dos CAPS, enfim, confere uma rede para cuidar da saúde de todos.

Como o sistema de seguridade não aproveita as informações do SUS para analisar a concessão de benefícios no INSS, muitas situações são demonstradas, tais de uma vez, uma para o médico do posto, outra para o médico perito. O presente trabalho pretende demonstrar que seria melhor para o usuário-segurado se existissem meios de ser aproveitada a análise de cada paciente do SUS para que surtam efeitos no âmbito do INSS.

O assunto que está sendo abordado engloba vários temas dentro do direito público. Importante também destacar que esta dissertação trata de direitos fundamentais sociais, classificados como direitos de segunda geração, que visam a proteção da saúde, da previdência e assistência social.

Destaca-se a experiência recente trazida pela inovação legal do Decreto nº 8.691/16 que conferiu um passo na direção de maior inter-relação entre as três vertentes da seguridade social.

Assim, uma análise mais apurada acerca da falta de cooperação que ainda existe entre a autarquia previdenciária e o sistema de saúde pode apresentar respostas para aumentar a celeridade em processos de concessão de benefícios por incapacidade além de influenciar diretamente em seus resultados.

Trata a presente dissertação de pesquisa exploratória, que utiliza o método indutivo, com técnicas de pesquisa bibliográfica, mediante o estudo da doutrina e legislação relacionada à temática estudada.

CAPÍTULO 1: SEGURIDADE SOCIAL COMO POLÍTICA PÚBLICA

As políticas públicas no âmbito da seguridade representam a forma como o Estado se relaciona com os cidadãos. Para falar em políticas de seguridade, deve-se considerar os estados modernos, pós-revolução industrial, em que esta forma de proteção aos direitos sociais, econômicos e culturais se torna mais evidente em muitos países ocidentais.

A legislação da Inglaterra no final da era elisabetana é exemplo de marco histórico no que se refere ao amparo dos cidadãos com necessidades, que segue pela legislação adotada pela Alemanha, por Bismarck. A revolução do México foi fundamental para a evolução do tema, que restou consagrado na Constituição de 1917. Os ideais que fomentavam as noções de seguridade social também foram adotados pela Constituição alemã de Weimar, ainda no início do século XX.

A criação da Organização Internacional do Trabalho, a lei americana que protegia os idosos e os desempregados e a forma como a Inglaterra estruturou o seu sistema de seguridade com o plano Beveridge¹ influenciaram significativamente o que hoje conhecemos por seguridade social. Destaca-se que no Brasil a seguridade é, segundo a Constituição da República, a união entre as políticas destinadas à saúde, previdência e assistência social.

Ao analisar estes elementos e a forma como interagem entre si e com os cidadãos, o presente texto busca compreender as particularidades deste sistema que visa a garantia dos direitos essenciais para garantir o bem-estar dos cidadãos.

As políticas públicas são as ações que os governos exercem e que influenciam a forma como os cidadãos são tratados pelo Estado, trabalham, estudam, obtêm medicamentos, enfim as políticas públicas interferem diretamente na vida da população. Para tanto, necessário entender como estas políticas atuam nos direitos sociais através da legislação que as sustentam.

¹ Em outro contexto econômico e político, durante a Segunda Guerra Mundial, mais precisamente em 1942, é formulado na Inglaterra o Plano Beveridge, que apresenta críticas ao modelo bismarckiano vigente até então, e propõe a instituição do *welfare state*. No sistema beveridgiano, os direitos têm caráter universal, destinados a todos os cidadãos incondicionalmente ou submetidos a condições de recursos, mas garantindo mínimos sociais a todos em condições de necessidade fiscais, e a gestão é pública, estatal. (BOSCHETTI)

Desta forma, essencial a análise histórica para depois avaliar a forma como as políticas públicas estão dispostas na legislação, e de que forma podem interferir na vida de cada cidadão brasileiro.

1.1 POLÍTICAS PÚBLICAS NOS ESTADOS MODERNOS

Como forma de garantir o bem-estar dos cidadãos, os Estados modernos têm adotado políticas públicas que visam a garantia de condições mínimas necessárias. Esta forma de atuação estatal varia de país para país, ou até mesmo entre regiões de um mesmo Estado. Sofrem variações com o tempo, com a ideologia daqueles que detêm o poder, com situações econômicas e sociais específicas, com condições climáticas e ambientais, etc.

Para que os objetivos propostos pelos gestores públicos tenham a possibilidade de serem realizados, primeiramente as medidas são planejadas, postas em ação para depois serem analisados os resultados. Esta lógica de atuação dos governantes é estudada pela área da política pública.

Pode-se, então, resumir o que seja política pública como o campo do conhecimento que busca, ao mesmo tempo, “colocar o governo em ação” e/ou analisar essa ação (variável independente) e, quando necessário, propor mudanças no rumo ou curso dessas ações e/ou entender por que e como as ações tomaram certo rumo em lugar de outro (variável dependente). Em outras palavras, o processo de formulação de política pública é aquele através do qual os governos traduzem seus propósitos em programas e ações, que produzirão resultados ou as mudanças desejadas no mundo real. (SOUZA, 2006, p.26)

Assim, para que se possa compreender o significado das políticas públicas para o contexto atual, indispensável analisar sua evolução histórica.

Esta maneira que grande parte do mundo ocidental adotou, de ver o Estado como uma entidade que serve à população e não à nobreza, é relativamente recente e tem como marcos as revoluções na América do Norte e na França. Foi com a

formação das nações com poderes tripartidos, com meios democráticos de escolha de autoridades que os Estados modernos começaram a surgir.

Dentro deste prisma, os direitos dos cidadãos começaram a ter início, e a sua divisão didática em fases elucida a evolução histórica do conceito de cidadania. O chamado Estado de Direito possui elementos de cidadania que são sua principal característica. O divórcio entre eles era tão completo que é possível, sem distorcer os fatos históricos, atribuir o período de formação da vida de cada um a um século diferente - os direitos civis ao século XVIII, os políticos ao século XIX e os sociais ao XX (MARSHALL, 1967, p.70).

A forma como o Estado de Direito e o conceito de cidadania evoluíram não se deu de forma linear, até porque os movimentos variam bastante dentro da história de cada nação. Mas como forma didática de avaliar esta progressão, a tradicional forma como Marshall associa as fases com os séculos é bastante clara e deve ser lida dentro do contexto histórico.

Em 1601, a Inglaterra editou a *Poor Relief Act* (Lei de Amparo aos Pobres), que instituiu a contribuição obrigatória para fins sociais (MARTINS, 2001, p.17). Esta lei, que hoje é bastante conhecida como a origem das políticas públicas e da ação estatal no contexto da assistência social instituiu a contribuição compulsória com a finalidade de fomentar políticas de caráter assistencial. Também chamada de *Poor Law*, ou Leis dos Pobres, foi promulgada no final do reinado da Rainha Elizabeth, que instituiu um fundo a todos cidadãos que não tinham trabalho ou condição de sustentar seus filhos, mas tinham força o suficiente para trabalhar. Desta forma, este contingente de desempregados passou a empregar sua força de trabalho diretamente para o estado.

Essa forma de reduzir os efeitos da pobreza com ações sobre classes miseráveis tinha também a intenção de manter a ordem social vigente.

A *Poor Law* se encontrava em uma situação um tanto ambígua. A legislação elisabetiana tinha feito dela algo mais do que um meio para aliviar a pobreza e suprimir a vadiagem, e seus objetivos construtivos são sugeriam uma interpretação do bem-estar social que lembrava os mais primitivos, porém mais genuínos, direitos sociais do que ela tinha, em grande parte, tomado o lugar. A *Poor Law* elisabetiana era, afinal de contas, um item num amplo programa de planejamento econômico, cujo objetivo geral não era criar um uma nova ordem social, e sim preservar a existente com um mínimo de mudança essencial. (MARSHALL, 1967, p. 71)

Se a *Poor Law* inglesa foi uma referência como marco na política assistencial no ocidente, possui também grande relevância no âmbito da seguridade as normas que instituíram as regras de previdência social estatal através da atuação do político prussiano Otto Von Bismark.

Com a edição de medidas que criaram o sistema previdenciário na Alemanha, a previdência social como hoje é conhecida começou a tomar corpo, e teve grande influência em muitos países do ocidente.

A Previdência Social, sob inspiração de Otto von Bismarck, foi instituída na Alemanha, em 1883, com a criação de uma série de seguros sociais, de modo a atenuar a tensão existente nas classes trabalhadoras: em 1883, foi instituído o seguro-doença, custeado por contribuições dos empregados, empregadores e do Estado; em 1884, decretou-se o seguro contra acidentes do trabalho com custeio dos empresários e, em 1889, criou-se o seguro de invalidez e velhice, custeado pelos trabalhadores, pelos empresários e pelo Estado. (DUARTE, 2008, p.25)

Tanto a promulgação da Lei dos Pobres inglesa quanto as medidas de criação do sistema previdenciário alemão foram inovadores, e por isso marcaram a história das políticas públicas como marcos iniciais. Mas outros movimentos sociais de grande relevo influenciaram sobremaneira o século XX por trazerem para a seara das políticas públicas questões essenciais para a população, tornando assim demandas de parte considerável da população em programas de Estado.

Um exemplo de movimento que marcou profundamente a luta por políticas públicas de caráter social foi a revolução zapatista do México, que ao instituir a Constituição de 1917, quebrou com uma forma de governar diretamente vinculada às elites e ao capital externo, e direcionou o poder estatal para demandas revolucionárias. No plano específico da seguridade, destaca-se que a Constituição zapatista consagrou o seguro social no art. 123, em que direitos relativos à seguridade social são declarados:

A Carta Política mexicana de 1917 foi a primeira a atribuir aos direitos trabalhistas a qualidade de direitos fundamentais, juntamente com as liberdades individuais e os direitos políticos (arts. 5º e 123). A importância desse precedente histórico deve ser salientada, pois na

Europa a consciência de que os direitos humanos têm também uma dimensão social só veio a se firmar após a grande guerra de 1914-1918, que encerrou de fato o “longo século XIX” (COMPARATO)

Esta forma de garantir os direitos sociais através do texto constitucional influenciou outros países, que objetivavam tornar as políticas que garantiam a seguridade social em políticas de Estado. Exemplo desta forma de manutenção de direitos foi que, dois anos mais tarde, na Alemanha, foi promulgada uma Constituição com evidentes avanços de caráter social, com mecanismos que visavam a manutenção de direitos de seguridade.

A Constituição de Weimar, de 1919, colocou em seu texto várias disposições sobre matéria previdenciária (DUARTE, 2008, p.18). Com um papel social de grande importância, a Constituição alemã teve grande influência em vários textos constitucionais, no mundo inteiro. A forma de atuação do Estado, e em especial, a proteção dos direitos sociais, marcaram Weimar, tanto que até hoje é lembrada como um texto que consagrou os direitos sociais, como direitos extensivos a todos os cidadãos.

A Constituição assegura liberdade de sindicalização e condições para o exercício dos direitos políticos como o voto universal.

Há outros artigos, como os de números 161 e 162 que propõem, respectivamente, uma previdência social pública e a observância de direitos sociais mínimos, aí compreendida uma legislação internacional do trabalho.

Este sentido interventor do Estado no "individualismo possessivo", próprio do capitalismo liberal, está posto no preâmbulo da Constituição e reaparece no artigo 151:

A organização da vida econômica deve responder aos princípios da justiça com o objetivo de garantir a todos uma existência humanamente digna. É dentro de tais fronteiras que se assegura a liberdade do indivíduo [...].

Ao garantir a propriedade, o artigo 153, no entanto, não a torna intocável, antes diz que sua existência implica obrigações relativas ao interesse comum. (CURY, 1998)

Outro fator de grande relevância e que refletiu nos quatro cantos do mundo jurídico no século XX foi a criação da Organização Mundial do Trabalho, criada em 1919. Várias convenções versaram sobre a matéria previdenciária, como a de nº 12,

sobre acidentes do trabalho na agricultura, de 1921; a Convenção nº 17 (1927), sobre “indenização por acidente do trabalho”, e outras. (MARTINS, 2006)

Imediatamente após a Primeira Guerra Mundial, abriu-se um período de reorganização das relações internacionais. As vinculações políticas entre os países foram encaminhadas rapidamente e resolvidas com o estabelecimento da Sociedade de Nações (SdN). Para auxiliar a Sociedade, foram criados outros organismos, como a Organização Internacional do Trabalho (OIT), para atender aos debates urgentes que emergiam como consequência da guerra. (FERRERAS, 2016)

Posteriormente, foi a vez dos Estados Unidos colaborarem para a evolução da previdência. No ano de 1935 ocorre o surgimento do *Social Security Act*, sendo um plano de abrangência mais amplo que o modelo alemão, alcançava maior cobertura de indivíduos e necessidades sociais. (FLORES e MENUCCI, 2016, p.81)

A aprovação do *Social Security Act* pelo governo norte americano também foi bastante relevante no contexto da formação das políticas públicas, pois visava auxiliar os idosos, bem como instituía o auxílio-desemprego para os trabalhadores em situação de desemprego temporário. Em que pese o objetivo final deste instrumento legal fosse a proteção do mercado, já que a medida era baseada em uma lógica mercadológica de manutenção do poder de consumo de parte da população, pode-se considerar um avanço no âmbito das políticas públicas previdenciárias.

Nesse período, a Inglaterra não se encontrava estagnada, houve o surgimento do “Plano Beveridge” (FLORES e MENUCCI, 2016, p. 81), e com uma forma revolucionária de universalização do atendimento em saúde.

Em outro contexto econômico e político, durante a Segunda Guerra Mundial, mais precisamente em 1942, é formulado na Inglaterra o Plano Beveridge, que apresenta críticas ao modelo bismarckiano vigente até então, e propõe a instituição do *welfare state*.

No sistema beveridgiano, os direitos têm caráter universal, destinados a todos os cidadãos incondicionalmente ou submetidos a condições de recursos, mas garantindo mínimos sociais a todos em condições de necessidade. O financiamento é proveniente dos impostos fiscais, e a gestão é pública, estatal, (BOSCHETTI)

O estudo apresentado por Beveridge posteriormente veio a influenciar sistemas de seguridade e políticas públicas em outros países. A conquista de direitos no que diz respeito à seguridade social teve um grande avanço em muitos países, e em especial naqueles que passaram a adotar a políticas econômicas baseadas na doutrina de Keynes após a Segunda Grande Guerra. Exemplos são os países do bloco capitalista da Europa.

Atualmente o contexto geral em que a política social se processa é bastante diferente do que existia no chamado período de ouro do Estado de Bem-Estar, que compreendeu os anos de 1945 a 1975. Nesse período, especialmente entre as décadas 1950 e 1970, o Estado dos países capitalistas centrais do Ocidente, excluindo o dos Estados Unidos, se comprometia a garantir o pleno emprego, a cobertura universal de serviços sociais (como saúde e educação) e o estabelecimento de um mínimo de proteção social a toda a população. Tudo isso era realizado, sob o signo da cidadania (como dever do Estado e direito do cidadão) e orientado por duas principais doutrinas de feição coletivista, articuladas entre si: uma, econômica, concebida pelo economista inglês John Maynard Keynes (denominada doutrina keynesiana), e outra social, liderada pelo estrategista político, também inglês, William Beveridge (criador do famoso Sistema de Seguridade Social do Segundo Pós-Guerra) (PEREIRA, 2015, p.02)

1.2 SEGURIDADE SOCIAL: SAÚDE, PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL

Ao tratar do tema da seguridade, podemos perceber que a expressão advém diretamente da noção de segurança. A seguridade, como conhecemos, tem como seu fim proporcionar segurança aos cidadãos, através de medidas que minimizem os impactos das doenças, da idade avançada, da pobreza extrema, e demais situações que reduzam a capacidade de buscar o seu provento e de sua família.

Esta segurança é tratada, na maior parte do mundo atual como um direito social. Os estados modernos garantem esta segurança através de políticas públicas, como forma de dar segurança tanto ao indivíduo, sujeito de direito, quanto a sociedade em geral.

A grande maioria dos países ocidentais que possuem sistemas para proporcionar esta forma de minimizar os riscos sociais de sus cidadãos utiliza a expressão que remete a ideia de segurança. Para Feijó Coimbra “a segurança é um

dos termos do binômio que, com a liberdade, forma o sustentáculo da felicidade humana.” (ROCHA e BALTAZAR, 2005, p. 29).

Discorrendo sobre a origem e o significado do termo seguridade social, ensina Celso Barroso Leite: “A expressão parece ter surgido nos Estados Unidos, com o *Social Security Act* (Lei da Seguridade Social), de 1935; repetida logo após pela lei neozelandesa sobre a mesma matéria, de 1938, ela firmou-se e conquistou aceitação internacional. Em seguida vieram *securité sociale*, na França, *sicurezza sociale* na Itália, *seguridad social* na Espanha e América espanhola, *seguridade social* no Brasil, porém não em Portugal, onde o que se diz é segurança social” (ROCHA e BALTAZAR, 2005, p. 29)

A busca do ser humano por segurança é tão antiga quanto sua existência. As primeiras tribos que habitaram o planeta se reuniam para garantir o mínimo de segurança. A busca por um meio de evitar uma morte violenta estimulou os primeiros indivíduos a se unirem e criarem grupos. Por este motivo podemos afirmar que desde os tempos mais remotos da civilização a proteção contra eventos foi uma grande preocupação da humanidade.

O receio do porvir sempre frequentou os temores humanos. A noção de proteção contra riscos sempre se fez presente na história. Este cuidado correlaciona-se com o próprio instinto de sobrevivência humano. A visão de proteção com fruto da natureza humana denota um traço individual e ou familiar na proteção. Porém, por vezes as circunstâncias internas e externas individuais e da coletividade não permitiam a realização de acumulação de recursos para serem utilizados em períodos de necessidade. Daí a importância das técnicas coletivas de proteção social. (HORVATH, 2005, p. 167)

A humanidade sempre procurou meios de reduzir os efeitos das doenças, da fome, da idade avançada, das consequências negativas dos fenômenos naturais, e para tanto buscou a reunião de esforços e de indivíduos para garantir o mínimo de estabilidade.

O homem sempre esteve exposto à indigência. Podemos entender a indigência como exposição humana a sofrimento e privações. A

indigência sempre foi uma ameaça à segurança e a paz social. As causas da indigência humana podem ser individuais (ócio, delinquência, imprudência, etc.) ou sociais (doença, acidente, incapacidade para o trabalho, desemprego, etc.). (HORVATH, 2005, p. 15)

Esta busca por segurança, inerente a todos os povos e atrelada diretamente instinto de sobrevivência, teve papel fundamental quando as civilizações chegaram na era da modernidade, com o desenvolvimento do comércio e a formação dos burgos no continente europeu. Com o surgimento de cidades com grande concentração populacional, a exploração do trabalho humano, começam a surgir as primeiras ideias de seguridade.

A finalidade principal da Seguridade Social é a cobertura dos riscos sociais, o amparo social mantido por receita tributária ou assemelhada. Sua instituição deve-se ao fato de o homem ter percebido sua impotência frente aos encargos produzidos pelos riscos sociais, ainda que protegido pelo núcleo familiar. (DUARTE, 2008, p. 23)

Foi com o desenvolvimento do comércio e com a revolução industrial que surgiram as primeiras formas de seguridade, nos moldes como existe atualmente. Como forma de manter a produção de bens e serviços era necessário manter o contingente de trabalhadores, e assim iniciou o surgimento de mecanismos de evitar com que a pobreza, as doenças, o desemprego, a velhice, etc. viessem a acabar ou abater a força de trabalho.

Esta rede de proteção social tem sua gênese em um ambiente muito distante do ideal de humanitário, ou de proteção à saúde. Foi para proteger a mão de obra que passou a ser essencialmente útil para o modo de produção que tomava corpo.

O seguro social surge em decorrência da revolução industrial o qual cria a figura do trabalhador assalariado que necessita de proteção contra acidente do trabalho, doença, invalidez e morte. Técnica de proteção social que originalmente previa proteção apenas e tão somente aos trabalhadores (HORVATH, 2005, P. 16)

Percebe-se claramente que o objeto da proteção era a mão de obra, que passava a ter valor econômico relevante. No contexto econômico mundial a seguridade assume a posição de garantidora de um dos elementos essenciais ao capitalismo, que é a força de trabalho.

Importante destacar que o formato que a seguridade adquiriu foi modelado com o surgimento do estado de bem estar social, e foi somente nos meados dos anos 1940 que os ideais de seguridade social começaram a ter relevância. Com o fim da Segunda Guerra Mundial surge o conceito contemporâneo de proteção social, no caminho da criação do conceito de *welfare state*.

O conceito de seguridade social dos dias atuais tem sua base no estudo apresentado ao parlamento Britânico em novembro de 1942 pelo Sir Willian Henry Beveridge, e foi denominado de *Report on Social Insurance and Allied Services*, conhecido como Plano Beveridge.

O economista sugeriu que o governo da Inglaterra devesse encontrar meios de combater os fatores que mais prejudicam as pessoas na sociedade: a doença, a escassez, a miséria, a ignorância e a ociosidade. Para Beveridge a Seguridade Social pode ser definida da seguinte forma:

Apenas uma parte da luta contra os cinco gigantes do mal: a miséria física, que o interessa diretamente; a doença, que é, muitas vezes, causadora da miséria e que produz ainda muitos males; a ignorância, que nenhuma democracia pode tolerar nos seus cidadãos, a imundície, que decorre principalmente da distribuição irracional das indústrias e da população; e contra o desemprego involuntário (ociosidade), que destrói a riqueza e corrompe os homens, estejam eles bem ou mal nutridos (...) Mostrando que a seguridade, pode combinar-se com a liberdade, a iniciativa e a responsabilidade do indivíduo pela própria vida. (BEVERIDGE *apud* HOVARTH, 2005, p. 85)

Enquanto no continente europeu o ideal de proporcionar condições dignas para a população, de desenvolvimento social para concretização do estado de bem-estar social, como um meio encontrado pelo polo capitalista para barrar o avanço das ideias do bloco socialista, no Brasil a situação foi bastante diferente.

O quer motivou o a evolução da seguridade no país tem relação muito maior com o jogo político da democracia representativa liberal. De fato, esta forma do Estado oferecer políticas públicas na área social possui conexão direta com a

criação de possibilidade de promoção eleitoral, de garantir votos e prestígio político que barrar o socialismo, que no Brasil nunca foi uma possibilidade real.

Exemplo bastante elucidativo desta forma de construção de políticas públicas no Brasil do início do século XX foi a conhecida Lei Eloy Chaves (Decreto 4.682, de 24 de janeiro de 1923), marco histórico da seguridade social, foi a primeira norma a estabelecer um modelo de previdência social no país, através do advento das Caixas de Aposentadorias e Pensões, inicialmente voltada para a categoria dos ferroviários.

Ao lidar com o tema da gênese da previdência social, o professor José Ricardo Costa faz referência a esta norma e expõe que, “as primeiras categorias de trabalhadores que passaram a ter direitos à proteção contra os riscos laborais foram os dos ferroviários e dos marítimos” (COSTA, 2010, p. 27). Uma análise crítica da dessa lei demonstra que sua origem está associada às forças dominantes:

Ora, a Lei Eloy Chaves protegeu justamente as categorias mais organizadas e imprescindíveis, naquele momento histórico do país, para o desenvolvimento econômico à época buscado. Além disso, tal como Bismark na Alemanha, o Deputado Eloy de Miranda Chaves tinha, especialmente na categoria dos ferroviários, o seu reduto eleitoral. Não foi por caridade ou por algum fim humanístico que os ferroviários foram os primeiros a ter os seus direitos sociais assegurados, mas sim por interesses das forças dominantes e dirigentes expressas através do Estado, na segunda década de 1900. Melhor dizendo, foi justamente a correlação de classes, naquele momento histórico, que propiciou o nascimento desta primeira forma de proteção securitária: de um lado os trabalhadores, inicialmente do setor férreo, fortemente organizados buscando seus direitos e, de outro, a necessidade do crescimento do Estado brasileiro a partir do incipiente processo de industrialização, em que o transporte (ferroviário e marítimo) passa a ser o principal meio para incrementar esta industrialização. (COSTA, 2010, p. 27)

Com a Revolução de 1930 o governo brasileiro atuou para que estas garantias atingissem parcela maior de trabalhadores. Para tanto foram criados institutos para dar cobertura a outras classes organizadas e com poder de mobilização política, como marítimos, comerciários, bancários, industriários, empregados em transporte de carga.

A Constituição de 1934 garantia a assistência médica e benefícios no tocante à velhice, invalidez e maternidade, atrelando-os à relação de emprego. Para tanto

previu o tríplice custeio entre o ente público, o empregado e o empregador, e pela primeira vez foi adotado o termo previdência. A Carta de 1937, outorgada por Getúlio Vargas, por sua vez, “estabeleceu “a instituição de seguros de velhice, de invalidez, de vida e para os casos de acidente do trabalho” (art.137, *m*). A Carta Política de 1937 emprega a expressão *seguro social*, em vez de previdência social” (MARTIS, 2006, p. 19).

Seguindo na análise histórica da previdência, pode-se observar que:

Na Constituição de 1946, surge pela primeira vez a expressão *previdência social*, desaparecendo a expressão antes em voga: *seguro social*. O inciso XVI do art. 157 consagrava a “previdência, mediante contribuição da União, do empregador e do empregado, em favor da maternidade e contra as consequências da doença, da velhice, da invalidez e da morte”. (MARTINS, 2006, p.19)

Posteriormente, em 1960 a Lei nº 3.807 criou Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS), que padronizou a legislação previdenciária. “A Lops contribuiu para a universalização do sistema previdenciário, não tendo conseguido alcançar, entretanto, os outros dois objetivos a que se propunha, quais sejam, a unificação e a uniformização”. (COSTA, 2013, p. 102)

No período do golpe militar, no ano de 1966, os institutos foram centralizados com a criação do INPS. Em 1977, o governo ditatorial do General Geisel instituiu o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social – SINPAS. Este sistema era composto por:

(a) Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que pagava e dividia os benefícios, (b) Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) que prestava assistência médica; (c) Fundação Legião Brasileira de Assistência (LBA), que tinha a incumbência de prestar assistência social à população carente; (d) Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor (Funabem), que promovia a execução da política do bem-estar do menor; (e) Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social (Dataprev), que cuida do processamento de dados da Previdência Social; Instituto de Administração Financeira da Previdência Social (Iapas), que promovia a arrecadação, a fiscalização e a cobrança das contribuições e de outros recursos pertinentes à previdência e assistência social; (g) Central de

Medicamentos (Ceme), que distribuía medicamentos. (MARTINS, 2006, p. 20)

Importante destacar que durante o período do regime ditatorial imposto, a estrutura estatal de gestão de políticas públicas no âmbito da previdência e assistência social, durante o período estava organizada em um grande *sistema*. Esta forma de gestão, com a adoção de um arcabouço burocrático para formulação e execução de políticas públicas estava diretamente associada com o objetivo do governo autoritário. Desta forma, para compreender a lógica imposta e o modelo adotado pelo regime, deve-se considerar que:

durante a ditadura militar, a modernização se confundia com a organização tecnocrática e foi denominada de *sistema* para caracterizar um conjunto de elementos estruturantes, segundo a lógica tecnocrática/repressiva dominante. (FALEIROS *apud* COSTA, 2013, p. 103).

A análise da forma como as políticas públicas voltadas para a seguridade social foram estruturadas no Brasil demonstra que foram movidas por interesse que estão longe da adoção do estado de bem-estar social.

No país que nunca precisou barrar qualquer ameaça socialista, que é a situação brasileira, a política do *welfare state*, ao contrário dos países europeus do bloco capitalista, não precisou ser efetivada. Enquanto o keynesianismo influenciou vários Estados liberais, no caso brasileiro esta influência não ocorreu, e as políticas sociais foram poucas e rasas.

Por esta razão os avanços sociais obtidos foram bastante reduzidos em comparação aos países europeus, e em sua maioria tiveram sua ocorrência determinada por fatores pontuais, por circunstâncias locais. Ao analisar a síntese da evolução das políticas públicas na seguridade social, são perceptíveis alguns exemplos desta forma de eleger as políticas a serem realizadas.

Em um cenário de estabilidade política, em que o interesse é priorizar o bem estar da maioria da população, independentemente do que motiva este interesse, agentes públicos buscam a aplicação do ciclo de políticas públicas, com

identificação do problema, formação da agenda, formulação de alternativas, tomada de decisão, interpretação, avaliação e extinção.

O ciclo de políticas públicas tem uma grande utilidade: ajudar a organizar ideias, faz que a complexidade de uma política pública seja simplificada e ajuda políticos, administradores e pesquisadores a criar um referencial comparativo para casos heterogêneos. (SECCHI, 2011, p. 34)

Para Celina Souza, esta perspectiva destaca o conceito de agenda e analisa os motivos pelo qual questões entram ou não na agenda política. “Algumas vertentes do ciclo da política pública focalizam mais os participantes do processo decisório, e outras, o processo de formulação da política pública”. (SOUZA, 2006, p.10)

Ao analisar a evolução das políticas públicas no âmbito da seguridade social brasileira, se percebe vários exemplos que distanciam o modelo nacional do modelo que serviu de suporte a democracias europeias. Foram demonstrados alguns exemplos desta forma de realização de políticas, como o interesse em manter a força de trabalho operando para garantir a produção de produtos e serviços, situação observada em políticas públicas na saúde. Também foi demonstrado o interesse gerado para obter força política através do apoio de classes de trabalhadores organizadas, em detrimento dos demais cidadãos, que foi como os pequenos avanços começaram no âmbito das políticas públicas no setor da previdência social. E ainda, para manter a estrutura estatal centralizada e extremamente burocratizada, como forma de montar um estado tecnocrático, no intuito de estruturar mecanismos de repressão.

Diante desta lógica, com o fim do período ditatorial militar, começa a tomar corpo movimentos que buscam a realização de políticas públicas que buscam garantir conceitos de cidadania.

No final dos anos 1980, com a retomada da democracia, é eleita através do voto popular uma assembleia que, ao mesmo tempo que possuía a função de atuar no parlamento, também somava a prerrogativa de escrever um novo texto constitucional. Assim, em um clima de implantação de novos direitos para reestruturar o país foi idealizada a Constituição Cidadã de 1988.

Os constituintes de então inovaram ao conceituar a seguridade social como “conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social” (BRASIL, 1988), conforme disposto no art. 194² da Constituição da República, determinando esta nova forma de organizar a seguridade, com princípios específicos, e com regras próprias de custeio, de forma a garantir a sua realização.

Não é excessivo afirmar, como fazem diversos autores (Draibe, 1998; Fleury, 1997; 2006; Boschetti, 2003; Vianna, 1998; 2001) que a instauração do conceito de seguridade social na Constituição representou um avanço no padrão clássico de proteção social no país, cujas características centrais são a extrema centralização do poder e recursos decisórios e financeiros no Executivo federal, acentuada fragmentação institucional, níveis elevados de exclusão de parcelas significativas da população, ausência quase total de mecanismos de participação social e elevado grau de privatização (SENNA, MONNERAT, 2010, p. 194)

Ao incluir a saúde, a previdência e a assistência social no âmbito da seguridade social, a Constituição Cidadã inovou, não apenas porque inexistia tal disposição nos textos anteriores, mas porque não havia esta forma de organização de direitos sociais em legislações de outros países.

O texto também aderiu ao ineditismo de explicitar os objetivos da seguridade, fazendo com que o Poder Público tenha que observar os princípios arrolados no parágrafo único do art. 194.

Desse modo, a noção de seguridade social inscrita na Constituição consagrou o entendimento de política social como conjunto integrado de ações e como dever do Estado e direito do cidadão a uma proteção

² Art. 194. A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social.

Parágrafo único. Compete ao Poder Público, nos termos da lei, organizar a seguridade social, com base nos seguintes objetivos: I - universalidade da cobertura e do atendimento; II - uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais; III - seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços; IV - irredutibilidade do valor dos benefícios; V - equidade na forma de participação no custeio; VI - diversidade da base de financiamento; VII - caráter democrático e descentralizado da administração, mediante gestão quadripartite, com participação dos trabalhadores, dos empregadores, dos aposentados e do Governo nos órgãos colegiados. (BRASIL, 1988)

universal, democrática, distributiva e não estigmatizadora. Como afirma Boschetti (2003), a institucionalização da seguridade social representou para o Brasil, ainda que tardiamente, o mesmo que a implantação do modelo Beveridgeiano significara para a Inglaterra nos anos 1940, ou seja, um movimento de reorganização de políticas públicas previamente existentes sob novas bases e princípios, com ampliação, mas também introdução de novos direitos. (SENNA, MONNERAT, 2010, p. 195)

A forma como a seguridade está disposta no topo do sistema legal está diretamente ligada com a opção política adotada pelo constituinte. Deve ser considerado o momento histórico, de redemocratização e busca por garantia de direitos, em que ocorreu a elaboração do texto da Constituição. A forma detalhada com o qual as regras foram estabelecidas, e com a inserção de regras pormenorizadas que descreviam direitos foi a forma como os constituintes encontraram para garantir a preservação dos direitos extremamente valorizados para o país que percebia a oportunidade de reescrever a sua Lei Maior em um ambiente democrático.

A seguridade social, no formato que existe nos dias atuais, foi organizada com a edição da Lei nº 8.080 de 1990, que tratou de regulamentar a Saúde, com a criação do SUS. De grande relevância para os direitos sociais, tanto a Lei 8.212 quanto a Lei 8.213, ambas de 1991, que o Plano de Organização e Custeio da Seguridade Social e o Plano de Benefícios da Previdência Social, respectivamente. Em dezembro de 1993 o Congresso promulgou a Lei nº 8.742, Lei Orgânica de Assistência Social – LOAS, que definiu no art. 1º a assistência social como “política de Seguridade Social não contributiva, que provê os mínimos sociais, realizada através de um conjunto integrado de ações de iniciativa pública e da sociedade, para garantir o atendimento às necessidades básicas”.(BRASIL, 1993)

Ao interpretar o sistema de seguridade social inserido na Constituição, deve-se considerar como parte de uma teia legislativa, em que está em total sintonia com demais direitos sociais. Para que os objetivos propostos para o Brasil sejam alcançados, certamente eles devem passar pela Seguridade Social.

O sistema de seguridade social, em seu conjunto, visa garantir que o cidadão se sinta seguro e protegido ao longo de toda sua existência, tendo por fundamento a solidariedade humana. A seguridade social é, em última análise, um instrumento através do qual se pretendem

alcançar os objetivos fundamentais da República Federativa do Brasil, arrolados no art. 3º da Constituição, quais sejam: “construir uma sociedade livre, justa e solidária; erradicar a pobreza e a marginalização; reduzir as desigualdades sociais e promover o bem de todos” (ROCHA, 2005, p. 30)

Se o Brasil almeja a construção de uma sociedade livre, justa e solidária, reduzindo a pobreza e a marginalização e com igualdade social deve dar atenção à seguridade social. A justiça social no país passa pela seguridade, que ao oferecer políticas públicas em áreas sensíveis a grande maioria da população, também auxilia na distribuição da riqueza.

Ao analisar a forma como a Constituição Federal organiza a arrecadação para permitir a realização de políticas públicas, se percebe que os valores arrecadados para a Seguridade Social provêm da mesma fonte, ou seja, são custeados pelos mesmos dispositivos de arrecadação.

O modelo orçamentário adotado é formado por três dispositivos determinados por leis: plano plurianual, que confere diretrizes, objetivos e as metas da Administração, lei de diretrizes orçamentárias (instrumentos que instituem metas e prioridades da Administração) e a lei orçamentária anual, a qual define o orçamento fiscal dos poderes da União, o orçamento das empresas que a União participa majoritariamente, bem como compreende o orçamento da Seguridade Social.

Por sua vez, devendo ser compatível com o plano plurianual e a lei de diretrizes orçamentárias, a lei orçamentária anual compreenderá: (I) o orçamento fiscal referente aos Poderes da União (em sentido amplo); (II) o orçamento de investimento das empresas em que a União, direta ou indiretamente, detenha a maioria do capital social com direito a voto; e (III) o orçamento da seguridade social, abrangendo todas as entidades e órgãos a ela vinculados, da administração direta, bem como os fundos e fundações instituídos e mantidos pelo Poder Público. (GRAVINIS e GAUBERT, 2016).

Com um orçamento próprio, a Seguridade Social arrecada sua receita através de contribuições previdenciárias dos empregadores, dos segurados, contribuições sobre a receita, o faturamento e o lucro, contribuições sobre a receita de concursos de prognósticos, e contribuições do importador de bens e serviços.

A origem constitucional das áreas que compõem a seguridade social é a mesma. O art. 194 da Constituição atrelou as áreas da saúde, previdência e assistência social de forma a estas comporem o conceito de seguridade que está exposto no texto. As similaridades existem por vontade política do constituinte de 1988, que determinou que assim fosse, como meio de garantir o financiamento em longo prazo e a sua fixação de forma mais incisiva como direito fundamental, e para tanto determinou um orçamento comum.

Esta identidade de origem no texto da Constituição, a forma como foi pensada, estruturada e positivada confere a grande correlação entre as três áreas dentro do sistema legal. Na fase de execução das políticas públicas, portanto, as estruturas administrativas são bastante diversas e acabam por distanciarem as áreas.

Enquanto a saúde é tratada pelo Ministério da Saúde, que tem no Sistema Único o responsável pela execução das políticas, a previdência é gerida pelo Ministério da Economia, através do INSS. Já a seguridade social está atrelada ao Ministério da Cidadania, embora a execução de suas políticas seja realizada através da atuação do INSS.

A interligação entre saúde, previdência e assistência não está na só no Texto Constitucional, mas também em outra característica em comum que é a avaliação da situação da saúde, seja para conceder ou negar um benefício, seja para apresentar um diagnóstico para posterior tratamento, seja pra avaliar a existência de deficiência para concessão de BPC.

Percebe-se assim que a análise da condição do cidadão está presente na saúde, na previdência e na assistência. Do ponto de vista do usuário do sistema, o Estado é que avalia sua condição, seja através do SUS ou do INSS. E não raras vezes conclusões diferentes sobre uma mesma situação, sobre a mesma pessoa em momento próximo, já demonstra a ausência de diálogo entre os órgãos que compõem a seguridade.

Além disso, percebe-se que, além de ser prejudicial para o usuário do sistema de seguridade social, a ausência de comunicação entre os distintos órgãos acarreta um gasto que poderia ser evitado. A análise da mesma situação realizada duas vezes dentro de uma realidade de falta de pessoas e de recursos para prestação adequada do serviço.

Houvesse maior sintonia para que se buscasse maior eficiência, tanto no serviço quanto na economia de recursos e de tempo, o resultado para o cidadão usuário e para o sistema de seguridade seria mais positivo.

Para ilustrar, é a informação que os benefícios mais concedidos pela previdência são aqueles que não são programados, mas que decorrem de um problema que afeta a saúde do segurado. São benefícios concedidos em razão de incapacidade para trabalhar, que gera o grande contingente de pedidos de auxílios-doença e de aposentadorias por invalidez.

Ao levar em conta a estrutura da seguridade social, pode-se concluir que a saúde, de uma forma ou de outra, está bastante presente, e sua avaliação influencia as decisões importantes, especialmente para aqueles que contam com pouco dinheiro para custear tratamento médico, e que se não puderem contar com a concessão de um benefício, não terão onde se socorrer.

E percebe-se o caso da assistência social, que atua com população realmente carente de cuidados, e cujo o principal programa de distribuição de renda através da concessão de benefício assistencial continuado (BPC), exige em uma de suas modalidades a prova da deficiência, onde se percebe que esta está em contato com a área da saúde.

Ocorre que o benefício assistencial é destinado a pessoas com idade superior a 65 anos ou que apresentem alguma deficiência, e estas devem estar aliadas ao fator de miserabilidade.

Neste tipo de situação, em que o benefício está condicionado à deficiência, a ausência de inter-relação entre os órgãos e a consequente impossibilidade de serem utilizadas as análises realizadas pelo SUS como prova da deficiência, é ainda mais perniciosa, pois se tratam de pessoas que possuem mais pressa, e enfrentam muito mais dificuldades para atuarem dentro de órgãos estatais e demonstrarem sua condição.

1.3 A ASSISTÊNCIA SOCIAL

Ao analisar a assistência social no âmbito global, o marco legal mais reconhecido ao se tratar de direitos da seguridade é a *poor law* inglesa. Mas ao avaliar no cenário nacional, se percebe que a atuação assistencial do Estado é

muito mais recente, e a assistência como se conhece nos dias de hoje tem uma história que iniciou somente em 1988.

A gênese da assistência social no Brasil tem como alicerce histórico a caridade, a filantropia e a solidariedade religiosa. Distante da atuação estatal de políticas públicas no setor, esta situação perdurou das origens do estado nacional até os anos 1940.

A institucionalização da assistência teve início com a Legião Brasileira de Assistência – LBA, sociedade civil fundada em 1942 no governo de Getúlio Vargas, por iniciativa da sua esposa, com o objetivo de prestar atendimento às famílias dos soldados brasileiros que estavam lutando na Europa na Segunda Guerra Mundial.

Em 1969, através do Decreto-lei nº 593 o governo confere à LBA natureza de fundação, com a manutenção da sigla LBA, que passou a integrar o Ministério do Trabalho e Previdência Social.

Para promover o desenvolvimento social, a LBA alinhou a sua forma de atuação à realidade das populações mais pobres. Para tanto, desenvolveu relações com uma série de entidades, como por exemplo, a CNBB, APAEs, diversas ONGs, estados e municípios.

Podemos afirmar, inicialmente, que a Assistência Social no Brasil esteve intimamente ligada à concepção de beneficência, benesse, esmola, amparo, entre outros tantos adjetivos. Quiçá por isso podemos compreender porque foram as atividades beneficentes as responsáveis pela distribuição dos auxílios aos mais necessitados, papel este exercido, inicialmente, pelas Primeiras-Damas que assumiram as Presidências das LBA's. Assim como podemos compreender um certo sentimento piegas herdado de uma concepção de Assistência Social atrelada à Igreja Católica, cuja missão era distribuir benesses, conformando uma ideia de misericórdia, compaixão e compadecimento para com os mais pobres. (COSTA e ISQUIERDO, 2014).

Diante do cenário de redemocratização, nos anos 1980 a assistência social passou a ser demandada para resolver problemas sociais que eram exigidos pela população. Foi com a luta de vários movimentos sociais que emergiam da sociedade civil (sindicatos, parte progressista da igreja, partidos políticos, etc.) que houve o amadurecimento da proposta de criação de um instrumento legal que assegurasse

política no âmbito da assistência social, e que contribuiu para a formação do conceito que se tem de assistência social.

Pode-se localizar nos anos oitenta uma mudança no significado de “proteção social” quando os países centrais, diante dos efeitos da crise fiscal, começam a reformar as políticas clássicas de seguridade social. Como parte da agenda de restrição do gasto e das políticas universalistas, um conjunto de ações e programas para enfrentar o aumento da pobreza e vulnerabilidade começa a ser adotado por vários países e difundido pelas organizações multilaterais. (VAITSMAN et al ANDRADE e FARIAS, 2009).

O principal foco da assistência social é a proteção dos hipossuficientes, com a concessão de benefício às pessoas que dele necessitam, independente de qualquer contribuição anterior à seguridade social. Enquanto a previdência exige uma contraprestação para que seus segurados possam estar amparados, e por isso conta com trabalhadores devidamente filiados no sistema previdenciário, a assistência assiste quem necessitar por carência material, e esta situação de miserabilidade está descrita na lei.

A assistência social é uma técnica de proteção social concebida para fornecer proteção à família, à maternidade, à adolescência, aos idosos e aos deficientes, sendo prestada a quem dela necessitar independentemente de contribuição à seguridade social. Como atende os grupos sociais atingidos pelo grau mais acentuado de necessidade social, os indigentes, não seria adequado reclamar a existência de um vínculo contributivo.

Trata-se de amparo destinado àqueles que estão excluídos da órbita protetiva da previdência social, socorrendo-se o indivíduo e as famílias que estão incapacitadas de prover, com as próprias forças, as necessidades básicas, razão pela qual o Estado é chamado para suprir aquilo que for absolutamente indispensável para fazer cessar o atual estado de necessidade dos assistidos. (VELOSO et al, 2005, P. 44).

Com o advento da Constituição Federal de 1988, a assistência social ganha status constitucional, e é elencada como um dos três pilares mestres da seguridade social.

Não há dúvidas que a Constituição Federal de 1988 quebra esse paradigma, concebendo a Assistência Social como parte integrante da Seguridade Social (art. 194da CF/88), o que vale dizer, em outras palavras, que está, juntamente com a Previdência e a Saúde, são espécies do gênero Seguridade Social.

Parece-nos que isso não é pouco, rompendo com a lógica acima referida. Trata-se, agora, de conceber e inserir os direitos assistenciais no catálogo dos direitos sociais, enquanto direitos fundamentais (COSTA e ISQUIERDO, 2014).

Com isso a assistência social passou a ser garantida no texto da Constituição da República, com a inclusão da norma estabelecida no art. 203, que refere expressamente o caráter não contributivo, e estabeleceu objetivos a serem respeitados como norma constitucional.

“a assistência social será prestada a quem dela necessitar, independentemente de contribuição à seguridade social, e tem por objetivos: I. a proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência e à velhice; II - o amparo às crianças e adolescentes carentes; III - a promoção da integração ao mercado de trabalho; IV - a habilitação e reabilitação das pessoas portadoras de deficiência e a promoção de sua integração à vida comunitária; V - a garantia de um salário mínimo de benefício mensal à pessoa portadora de deficiência e ao idoso que comprovem não possuir meios de prover à própria manutenção ou de tê-la provida por sua família, conforme dispuser a lei.” (BRASIL, 1988).

O legislador constitucional foi bastante amplo ao usar a expressão necessidade, sem que existisse no texto critérios objetivos para que fossem exigidos do Estado. Embora existisse uma norma, esta era tida como programática apenas e sem resultado efetivo.

Como primeiros cinco anos os efeitos práticos foram mínimos, o legislador infraconstitucional instituiu a Lei 8.742 em dezembro de 1993, a Lei Orgânica da Assistência Social, que restou conhecida como LOAS, com o fim de normatizar o art. 203 da Constituição Federal. Esta norma trouxe no primeiro artigo a definição conceitual de assistência

“a assistência social, direito do cidadão e dever do Estado, é Política de Seguridade Social não contributiva, que prove os mínimos sociais, realizada através de um conjunto integrado de ações de iniciativa pública e da sociedade, para garantir o atendimento às necessidades básicas”. (BRASIL, 1993).

Esta nova lei foi um marco de grande relevância para a formação das políticas públicas no setor, passando a fixar a assistência social como um dos três campos da Seguridade Social, ao lado da saúde e da previdência, formando assim o conjunto de medidas que visam a proteção social. Com o advento da Lei 8.742/93 (LOAS) o executivo instituiu um orçamento com o fim de financiar programas, projetos, serviços e benefícios orientados aos cidadãos em situação de vulnerabilidade social.

Como forma de atingir o objetivo de reduzir situações de pobreza extrema, a própria lei da assistência conferiu o Benefício de Prestação Continuada, como integrante do Sistema Único da Assistência Social – SUAS. Observa-se a estreita correlação entre os institutos que cabe ao INSS a função de distribuir estes benefícios, com a devida análise das condições para o recebimento, bem como o pagamento a quem tiver o direito: idosos ou deficientes em situação de miserabilidade.

Em ocasião do pedido administrativo ao Instituto Nacional do Seguro Social para a concessão do Benefício de Prestação Continuada, um dos requisitos exigidos é de que a renda per capita da família seja inferior a $\frac{1}{4}$ de salário mínimo, requisito este que é considerado objetivamente pelo INSS. Entretanto, há divergência doutrinária e jurisprudencial envolvendo o requisito objetivo de miserabilidade, disposto no artigo 20, § 3º da Lei 8.742/93. (BICCA e COSTA, 2015)

Percebe-se que a principal atuação do Estado brasileiro, no que se refere a política de assistência social reside na concessão do benefício de prestação continuada. Ao fornecer um salário mínimo para quem nada possui, é uma forma de dar o mínimo existencial (ou até menos que o mínimo), o que faz apenas com que o cidadão possa sair da situação de indigência.

A proteção fornecida pela assistência social não irá atender a toda e qualquer necessidade. Em face da escassez dos recursos de que o Estado dispõe, torna-se necessária selecionar não apenas a clientela – o que é feito com base nos que possuem as maiores necessidades – bem como eleger os maiores riscos e as prestações destinadas a fazer cessar o estado aflitivo vivenciado pelos assistidos. (VELOSO *et al*, 2005, P. 44).

Percebe-se que a assistência social, como um dos campos da seguridade, possui bastante similaridade, tanto com a saúde quanto com a previdência. A proximidade com a previdência é tanta que embora sejam estruturadas em ministérios diversos, compartilham a estrutura administrativa para execução da política pública para análises e pagamentos de benefícios assistenciais e previdenciários.

A Lei Orgânica da Assistência Social - Lei 8.742/93, no *caput* do art. 20 estabelece que o “O benefício de prestação continuada é a garantia de um salário-mínimo mensal à pessoa com deficiência e ao idoso com 65 (sessenta e cinco) anos ou mais que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção nem de tê-la provida por sua família”. (BRASL, 1993)

Pode-se, portanto, afirmar que em ambas as áreas são levadas em consideração a condição de saúde dos indivíduos para a concessão dos benefícios mais solicitados. Como se observa, das duas condições estabelecidas para concessão do benefício, uma delas – a deficiência – analisa a saúde para perceber se esta é leve, moderada ou grave. A avaliação da deficiência é realizada por um perito médico, que vai relatar se há ou não condições que sejam consideradas como deficiências. Importante considerar que a lei exige impedimentos de longo prazo, de no mínimo dois anos de natureza física, mental, intelectual ou sensorial.

Esta mesma situação ocorre de forma semelhante na previdência. Se considerarmos os benefícios mais solicitados, ambos possuem relação direta com a avaliação do corpo ou da mente. Tanto o auxílio doença, quanto a aposentadoria por invalidez, a saúde física ou mental do segurado é avaliada por um perito para que o instituto possa se manifestar sobre a viabilidade do benefício.

Com isso se conclui que as áreas da previdência e assistência possuem bastante relação entre si e com a área da saúde. Ambas dependem da análise de laudos, de exames que demonstrem a situação das condições da saúde do solicitante. Estas características em comum tornam evidente o entrelaçamento entre

estas áreas da seguridade social, e que o conhecimento para avaliar capacidade para trabalhar ou deficiência passa sempre pela avaliação da saúde.

CAPÍTULO 2 A SAÚDE PÚBLICA NO CONTEXTO BRASILEIRO

A saúde pública no Brasil é um tema bastante complexo em razão de sua abrangência em diferentes realidades, em um território muito grande e com recursos insuficientes para suportar o compromisso assumido pelo Estado na Constituição Federal em 1988.

O Brasil é um país com território vasto, com proporções continentais e realidades muito distintas. Trouxe como herança histórica do tempo colonial um grande déficit em políticas sociais, em especial no que se refere à saúde da população marginalizada. Com o fim de fazer um ajuste histórico, de forma a iniciar um movimento para dissipar políticas sociais que visam a distribuição de medidas sanitárias, a Constituição de 1988 adotou um sistema de saúde que garante acesso universal e gratuito, assumindo como direito de todo cidadão e um dever do estado brasileiro.

O que parecia uma utopia passou a tomar corpo em 1986, com a 8ª Conferência Nacional de Saúde, e com a promulgação da Constituição Cidadã de 1988. Com a adoção desta diretriz pelo topo do sistema legal, o país começa, finalmente, a oferecer a todos brasileiros a possibilidade de contarem com um sistema unificado e democrático de política pública.

O advento do Sistema Único de Saúde foi o resultado de uma luta histórica, de um movimento que conseguiu bravamente criar o maior sistema público de saúde do planeta, e que visava saldar uma dívida do Estado com a população pobre do país.

Até a criação do SUS, o sistema público prestava assistência somente aos trabalhadores que possuísem vínculo com o Instituto de Previdência Social, o que excluía parcela relevante da população ao acesso à saúde pública, fazendo com que as camadas mais pobres da população se mantivessem totalmente desabrigadas de cuidados, lançando-as à própria sorte e ao sistema de entidades filantrópicas.

Diante destas considerações iniciais, percebe-se que para que seja possível analisar a questão da saúde como política pública no Brasil hoje é indispensável considerar a constitucionalização do direito à saúde e a criação do SUS.

Com a Lei Maior de 1988 o Estado brasileiro estabeleceu que a saúde é direito de todo cidadão e deve ser prestada através da comunhão dos entes estatais

que passam a gerir um sistema unificado. Assim, ao estabelecer no artigo 196 da Constituição Federal que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”, o país assume o compromisso de oferecer políticas públicas na área da saúde para todos os cidadãos.

Com o passar dos anos as políticas públicas estão cada vez mais tomando a forma pretendida pela ideologia neoliberal, e isto é percebido claramente com a redução dos investimentos nas políticas sociais, o que inclui a precarização do sistema público de saúde.

2.1 A SAÚDE COMO POLÍTICA PÚBLICA

Para se tratar da saúde pública no Brasil é necessário considerar que esta forma de política social é recente, teve seu início há pouco mais de duzentos anos, tem um histórico conturbado, de muitas lutas e de muitos interesses envolvidos, de avanços e retrocessos, e que hoje conta com um sistema estatal que enfrenta várias dificuldades. Além disso, deve-se ter sempre em mente a existência de um marco divisório que foi o advento do Sistema Único de Saúde público.

O SUS enfrenta hoje uma grave crise, e podemos apontar muitos fatores que agravam esta crise, sendo que aqui são exemplos as situações como a redução orçamentária através do congelamento de gastos públicos por 20 anos, determinada pela chamada PEC do teto dos gastos públicos, a cultura da medicalização para todos os males da população, que imprime no meio social a lógica imposta pelo mercado farmacêutico e que acabam agravando ainda mais a crise, o fenômeno conhecido com a judicialização da saúde, entre outros.

Para tratar da saúde como política pública, importante definir o que se tem como saúde. A concepção atual de saúde é um tema bastante controverso até aos dias de hoje. Já se entendeu que seria a ausência de doença, depois esta idéia foi combatida por ser muito incompleta.

Organização Mundial de Saúde (OMS) estabeleceu um conceito de saúde no preâmbulo de sua Constituição adotada pela Conferência Internacional de Saúde, realizada em julho de 1946 nos Estados Unidos: “Saúde é o estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença” (OMS, 1946).

Conceito inovador para a época que sofreu muitas críticas com o passar dos anos. As primeiras considerações vieram pela ausência de precisão existente na expressão “completo bem estar”, fazendo com que o conceito caísse em outra expressão vaga.

Com a evolução do conhecimento na área da saúde, a divisão entre o que é físico, mental e social passou a ser questionado. Atualmente esta divisão do indivíduo formar o conceito de saúde também não é mais aceita, em especial nas áreas do conhecimento que tratam da saúde mental.

A definição de saúde da OMS está ultrapassada por que ainda faz destaque entre o físico, o mental e o social. Mesmo a expressão "medicina psicossomática", encontra-se superada, eis que, graças à vivência psicanalítica, percebe-se a inexistência de uma clivagem entre mente e soma, sendo o social também inter-agente, de forma nem sempre muito clara, com os dois aspectos mencionados. (SEGRE e FERRAZ, 1997).

Atualmente o conceito de saúde é bastante controverso. Diferente do que possa parecer à primeira vista, a definição de saúde não é consenso nem mesmo algo singelo, não há unanimidade sobre o seu alcance, e constitui um vácuo epistemológico dentro do campo da saúde coletiva.

O fato de o conceito de saúde ser impreciso, dinâmico e abrangente não impede que seja possível tomá-lo como eixo para a reorientação das práticas de saúde. Pelo contrário: sua importância é fundamental para a superação de um modelo de atenção biologicista, medicalizante e prescritivo.

Se tomarmos a saúde como um sistema complexo (Sabroza, 2001) e pensarmos que a crise da saúde pública nos convoca a superar a simples atenção das demandas, procurando a eliminação de problemas que se encontram tanto na esfera dos determinantes sociais da saúde quanto no âmbito da resolutividade das práticas médicas, então estaremos, de fato, nos posicionando em defesa de uma ética que valorize a vida humana, buscando colaborar efetivamente para a construção de ambientes e de uma sociedade mais justa e saudável. (BATISTELLA, 2005, p. 82-83)

Assim, pode-se considerar que o conceito de saúde não é estanque, mas depende do meio onde estiver inserido e da época que se esteja referindo. Conclui, desta forma Moacyr Scliar, que este conceito varia de acordo com uma série de condições, preponderantemente em razão do tempo, do lugar e da classe social.

O conceito de saúde reflete a conjuntura social, econômica, política e cultural. Ou seja: saúde não representa a mesma coisa para todas as pessoas. Dependerá da época, do lugar, da classe social. Dependerá de valores individuais, dependerá de concepções científicas, religiosas, filosóficas. O mesmo, aliás, pode ser dito das doenças. Aquilo que é considerado doença varia muito. (SCLIAR, 2007, p. 30)

Exatamente por ser um tema complexo, a conceituação da saúde sequer é positivada nas legislações modernas, e pode-se dar como exemplo a própria Constituição Federal, que a elenca como direito fundamental, que revoluciona o sistema inteiro com a ideia de universalidade, estabelece uma série de princípios, inova com a inserção dentro da seguridade social, mas em momento algum determina o seu conceito.

Por causa disso, nossa Constituição Federal de 1988, artigo 196, evita discutir o conceito de saúde, mas diz que: "A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação". Este é o princípio que norteia o SUS, Sistema Único de Saúde. E é o princípio que está colaborando para desenvolver a dignidade aos brasileiros, como cidadãos e como seres humanos. (SCLIAR, 2007, p. 39)

A saúde, no sentido de área do conhecimento, no Brasil, possui muitas faces. Existe a saúde privada, com excelentes hospitais, referências mundiais, ótimos profissionais e que está disponível somente para uma pequena parte da população, e que não é objeto do presente estudo. Aqui o objeto são as políticas estatais para fornecer medidas no âmbito da saúde para a população em geral, atualmente coordenada pelo Sistema Único de Saúde –SUS, e que atende grande parte do contingente de pessoas,

Para compreender as políticas em saúde no Brasil deve-se ter o olhar para onde surgiu esta forma de atuar em que o Estado interfere concedendo benefícios para os cidadãos e com isso impulsiona a economia. A atuação estatal através de políticas públicas é reativamente recente na história, teve sua gênese nos anos 1930 nos Estados Unidos, e desde então tem sido responsável pela estrutura global de hoje.

A concepção de se ter um Estado que deve manter políticas públicas para garantia da seguridade social, na qual se inclui prestações em saúde, foi bastante disseminada no capitalismo ocidental após a segunda guerra mundial.

A quebra da bolsa de valores nos Estados Unidos, no ano de 1929, já havia demonstrado que as crises do capitalismo são cíclicas, e como forma de resguardar a economia e criar um meio de amortecer as quedas econômicas foi demonstrado pelo economista inglês John Maynard Keynes uma nova forma de organização da sociedade, em que o Estado passava a agir diretamente na economia.

Dentre os críticos do liberalismo, John Maynard Keynes (1883-1946) sem dúvida ocupa lugar singular. Suas ideias sobre o tema fogem a qualquer padrão com relação aos que lhe antecederam. Keynes não era socialista, criticava as experiências como a da Rússia soviética e suas referências a Marx quase sempre foram em tom crítico. Por outro lado, desprezava o nazi-fascismo e o corporativismo, responsáveis por empolgar boa parte de seus contemporâneos, também com uma retórica antiliberal e com forte apelo estatista. (FONSECA, 2010).

Foi uma resposta ao modelo até então vigente que defendia o liberalismo clássico, do livre mercado que acreditava que o próprio mercado, através da mão invisível iria regulamentá-lo.

Esta teoria econômica, chamada de keynesianismo, defende que o Estado deve garantir que a população tenha ao menos o mínimo necessário para poder existir com dignidade, e esta garantia é implementada através de benefícios sociais.

A forma como estes benefícios sociais são distribuídos depende de como cada Estado se organiza para decidir, por exemplo, se a saúde em uma área deve ser implementada de uma forma ou de outra, se a educação deve ser universal ou se não, a forma como a previdência social é regida, ou se a questão racial será ou não considerada para que o cidadão ingresse no serviço público.

Com isso se percebe que para a escola keynesiana a atuação estatal é crucial para que os benefícios sociais atinjam seus objetivos, e para que isto ocorra é necessário que exista uma organização para distribuição conforme as necessidades e peculiaridades de cada sociedade. Esta forma de organização estatal para distribuição destes benefícios são as chamadas políticas públicas.

Através da aplicação de políticas públicas que concedam materialmente o mínimo necessário para que os cidadãos possam viver dignamente é que a sociedade chega ao estado de bem-estar social (*welfare state*), o qual fará com que a economia possa prosperar e com isso reduzir os efeitos das crises.

Esta escola econômica que auxiliou a reestruturação da economia americana nos anos 1930, foi no pós-guerra exportada e aplicada nos países europeus, recém dizimados e carentes de estrutura estatal, e sob a ameaça vizinha do comunismo.

Foi com políticas públicas que o lado ocidental do continente europeu começou a se reorganizar para que fosse possível voltar a se desenvolver economicamente bem como para barrar a ameaça oriental do lado socialista. Através de uma economia que acreditou no poder estatal para fomentar as necessidades dos cidadãos que o conceito de políticas públicas foi criado e pode se desenvolver.

Keynes não queria que o capitalismo sucumbisse; muito pelo contrário, queria reformá-lo e salvá-lo. Para tanto, rejeitando o capitalismo à *laissez-faire*, ele propõe um capitalismo regulado em que as disfunções do mercado fossem suprimidas pela intervenção do Estado para, por um lado, garantir e sustentar o pleno emprego e, por outro, atacar o excessivo grau de concentração de renda e de riqueza.

É a partir da intervenção do Estado na economia, seja por políticas públicas, seja através de ações de natureza normativa imprescindíveis para a construção de um ambiente institucional favorável às tomadas de decisão dos empresários, que Keynes sinaliza a reforma do sistema capitalista. Nesse particular, segundo O'Donnell (1989, p. 293), Keynes tinha em mente uma reforma do capitalismo em que "o objetivo final era a construção de uma utopia não capitalista, muito mais próxima às sociedades comunistas ou utópicas de "esquerda" do que às sociedades construídas sob a égide do capitalismo [liberal]". (FERRARI FILHO; TERRA, 2011)

Com isso se percebe que não há como dissociar o estudo e a análise de qualquer política pública sem que se perceba a atuação estatal, sem que se tenha como meta o estado de bem-estar.

Ocorre que ao mesmo tempo em que o keynesianismo era implementado em vários países, em especial no continente europeu, com suas políticas de bem-estar social, surgia um movimento que se apresentava como um contraponto ao *welfare state*, uma proposta que tinha como fundamento a redução absoluta da atuação estatal, e como consequência, e que visava redução da máquina do Estado e privatização da economia.

Este movimento que ficou mais conhecido como neoliberalismo, também chamado de neoconservadorismo, teve seu marco inicial em um encontro de economistas na cidade de *Mont Pèlerin*, na Suíça, ainda em 1947. “Nesta reunião, que contou com pequena participação dos simpatizantes da novel concepção que se apresentava, estavam presentes aqueles que seriam seus expoentes maiores: Hayek, Friedman e Von Mises” (COSTA *in* BRAUNER; LOBATO, 2015, p. 86).

Na lógica neoliberal, segundo Rubens Casara, “o mercado foi elevado à posição de principal regulador do mundo–da–vida” (CASARA, 2018, p.39). Com uma perspectiva que reconhece somente dois modos de organizações sociais, o Estado e mercado, seus defensores defendem a supremacia deste.

No discurso neoliberal, o problema da liberdade se coloca e se resolve através do mercado, no reino da economia. Para Milton Friedman, por exemplo, só existem dois modos de organização social (e coordenação das atividades econômicas): o mercado, entendido como a forma não coercitiva de organização social baseada em transações bilaterais e voluntárias que se dão entre pessoa igualmente informadas e incapazes de controlar os preços dos bens e serviços envolvidos, seria o “berço da liberdade”; ao passo que o Estado seria tendencialmente autoritário, com potencial de sufocar as liberdades individuais, o “berço da opressão”. (CASARA, 2018, p.40)

Embora seus efeitos tenham surgido somente nos anos 1970, quando passou a ser considerado um movimento hegemônico com as experiências na Inglaterra de Margaret Thatcher e nos Estados Unidos, de Ronald Reagan. Desde então esta escola econômica que visa redução drástica do Estado e

fim das políticas sociais foi se espalhando pelo globo, e no início dos anos 1990 chegou ao Brasil.

Compreende-se, assim, que a realização de políticas públicas está diretamente relacionada com a forma política e econômica que cada Estado tem interesse em implementar. Em um país cuja política está voltada para realização de uma economia de mercado, de apoio às teorias neoliberais, as políticas públicas são muito reduzidas, ou até inexistentes para a maioria da população. Já em um contexto de um Estado em que a política busca soluções através do estado de bem-estar social, pode-se observar que as políticas públicas são tratadas como uma política de Estado.

A concepção de mundo trazida pelos neoconservadores, por sua vez, é bem distinta daquela defendida pelos liberais. Segundo seu entendimento, o colapso do Estado do Bem-Estar Social deveu-se ao excesso de intervenção do Estado, bancando políticas públicas com dispêndio significativo do erário público. Profetizam que o capitalismo não está em crise, sendo esta a falta de capitalismo, e não seu excesso. (COSTA, *in* BRAUNER; LOBATO, 2015, p. 85)

O modelo que defende a mínima atuação estatal é totalmente contrário ao Estado de bem estar social, e evidentemente se opõe às políticas públicas na área da seguridade. Seus principais teóricos criticavam abertamente a atuação estatal na seara da seguridade.

Milton Friedman, no seu individualismo exacerbado, questiona a existência da própria pensão por morte, tendo em vista que os dependentes do segurado, em tese, não verteram nenhum pagamento aos cofres do sistema. Eles esquecem, contudo, que a origem do benefício está nas contribuições do segurado falecido e na de seus dependentes. (COSTA, 2001 p. 43)

A posição de Milton Friedman influenciou consideravelmente as mudanças recentes no contexto nacional atual. O influente economista “condenou de forma energética o sistema público de seguros sociais, caracterizando-o como assistencialista e responsável pelo deficit público” (BRAGA, 2018, p. 66).

Percebe-se, com isso, a intenção desta forma de pensar a economia e as relações entre as pessoas, a índole individualista, que orienta as decisões acerca do sistema estatal de seguridade hoje.

Neste contexto se compreende que a alteração de comando na política, e conseqüentemente na economia do Brasil, pode fazer com que as políticas públicas surjam, se o governo tiver uma conotação estatizante, ou desapareçam, em um contexto de um governo de características privatistas.

As políticas públicas na área da saúde acompanham a forma como o Estado é desenhado e refletem a intenção dos governantes. Assim, não é por acaso que há uma enorme dívida do Estado brasileiro com uma parcela enorme da população, que não teve acesso a políticas de saúde. Mas para que se possa falar em políticas públicas na saúde, é importante a análise acerca do desenvolvimento da saúde pública no Brasil.

2.2 A EVOLUÇÃO DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL

A análise da trajetória da saúde pública no Brasil é importante para que seja possível a compreensão da relevância da formação do SUS, a sua forma de atuação e a lógica baseada na universalidade e gratuidade do atendimento e da descentralização das decisões.

A saúde pública no Brasil tem o seu início há aproximadamente duzentos anos, espaço de tempo relativamente curto se comparado com a história do país. A saúde somente passou a ser tratada como uma política pública em 1808, com a vinda da família real para o Brasil. Como refere Baptista:

As primeiras ações de saúde pública implementadas pelos governantes foram executadas no período colonial com a vinda da família real para o Brasil (1808) e o interesse na manutenção de uma mão-de-obra saudável e capaz de manter os negócios promovidos pela realeza. (BAPTISTA, 2007, p. 30)

Até então a população era acometida por várias doenças ainda desconhecidas pela comunidade científica da época. Doenças tipicamente tropicais,

como a malária e a febre amarela, bem como enfermidades que foram trazidas da Europa como a varíola e peste bubônica e a cólera.

Muitas doenças acometiam a população do país, doenças tropicais e desconhecidas dos médicos europeus, como a febre amarela e a malária, além das doenças trazidas por estes, como a peste bubônica a cólera e a varíola. O conhecimento acerca da forma de transmissão, controle ou tratamento dessas doenças ainda era frágil, possibilitando diferentes intervenções ou visões sobre as moléstias. (BAPTISTA, 2007, p. 30)

Diante da fragilidade das técnicas para resolver questões de saúde e do pouco conhecimento que havia sobre a forma de transmissão, controle e tratamento das doenças e os cidadãos contavam com o conhecimento de curandeiros e de formas domésticas de tratamento, que muitas vezes eram insuficientes. Com isso a mortalidade era bastante alta e pode-se dizer que inexistia qualquer atuação que tratasse da questão da saúde pública, o número de médicos e profissionais de saúde eram muito escassos e inexistiam diretrizes para uma política sanitária.

Havia na época a figura do barbeiro ou prático, que além de aparar os pelos, atuava em casos de moléstias, com a aplicação de algumas técnicas desenvolvidas por médicos europeus, como as sangrias.

Os barbeiros foram considerados os precursores dos cirurgiões. Detinham a habilidade de intervir com seus instrumentos no corpo ulcerado, com pústulas. Além de aplicarem ventosas e deitarem as chamadas "bichas" — sanguessugas — ocupavam-se com a estética dos cabelos e das barbas, cortando e aparando. O trabalho desses homens — não encontramos nenhuma referência à presença de mulheres nesse ofício — era basicamente manual. Talvez o que aproximasse as três ideias apresentadas pelos dicionários do início do século passado seja, exatamente, a habilidade de desempenhar trabalhos a partir da utilização das navalhas: tanto o barbeiro das barbas e cortes de cabelo, como o barbeiro sangrador e o barbeiro de espadas dominavam o mesmo instrumental de trabalho: as navalhas, as lâminas, todos instrumentos cortantes e afiados. (FIGUEIREDO, 1999)

Outra forma bastante popular, e acessível à população de excluídos, em sua maioria negros escravos e indígenas, era a procura por curandeiros. Também

chamados de pajés, estas pessoas detinham o conhecimento de formas de cura ou redução do sofrimento, advindas da cultura dos indígenas, e muitas vezes mesclava procedimentos religiosos, com elementos da cultura africana, e contavam com o uso de plantas e rezas.

Existiam os curandeiros e pajés, pertencente à cultura negra e indígena, mais acessíveis à maioria da população, que se utilizavam das plantas, ervas, rezas e feitiços para tratar os doentes. Havia também os jesuítas, que traziam algum conhecimento da prática médica europeia utilizando-se principalmente da disciplina e do isolamento como técnica para cuidar dos doentes. (BAPTISTA, 2007, p. 31)

Com a presença da família real foi possibilitada a vinda de médicos e o crescimento dos cuidados sanitários “possibilitando o início de um projeto de institucionalização do setor da saúde no Brasil e a regulamentação da prática médica profissional” (FLORES, *in* SERAU JR; BRAUNER; COSTA, 2015, p. 126). Ainda em 1808 foi inaugurada em Salvador a Escola médico-cirúrgica com o fim de institucionalizar o ensino da medicina e instituir a padronização de normas médicas, na mesma forma como na Europa.

É nesse sentido que, desde o Brasil colônia a até a Proclamação da República (em 1889), a única intervenção estatal em termos de saúde pública dava-se com o intuito de controlar as epidemias e endemias de algumas doenças, como lepra (hoje, hanseníase), tuberculose, febre amarela, malária e varíola, que dizimavam grandes contingentes populacionais e afetavam a produção econômica, prejudicando o comércio internacional. Não havia, propriamente, uma política de saúde pública, mas ações pontuais de controle dos surtos, além de medidas sanitárias nos portos por onde escoavam as mercadorias brasileiras e nos centros urbanos de maior interesse econômico. A assistência médica era exercida pelos vários médicos oriundos da Europa e limitada ao atendimento das classes dominantes restando aos negros escravizados, índios e brancos pobres os recursos da medicina popular e a prática das sangrias. (WAILLA, 2018, p. 23)

O movimento sanitariaista contribuiu para que fosse demonstrada a situação da saúde pública na época da primeira República (1889-1930), como uma questão social e política, e que inviabilizava que, o país pudesse se integrar e se relacionar

com os demais países do ocidente. Houve a ampliação do Estado e a criação do alicerce da saúde pública.

Na Primeira República, o movimento sanitarista demonstrou a situação da saúde como um a questão social e política e era o maior obstáculo à integração do Brasil ao mundo civilizado. Como consequência, ocorreu a expansão da autoridade estatal sobre o território, ao mesmo tempo em que se criavam os fundamentos para a formação da burocracia da saúde pública (COSTA; FLORES, 2015, p.566)

Conforme Baptista, “a reforma na saúde foi implementada a partir de 1903, sob a coordenação de Oswaldo Cruz, que assume a diretoria geral de saúde pública” (BAPTISTA, 2007, p. 30) No ano seguinte propõe o código sanitário, considerado na época um código de torturas em razão da rigidez das ações que eram propostas.

Oswaldo Cruz também criou a polícia sanitária que tinha com uma de suas funções a identificar pessoas que estivessem doentes e submetê-las a quarentena e tratamento. Os cidadãos que não possuíam recursos para custear uma internação em fazendas distante e médicos particulares, era enviado para os hospitais gerais, que na época eram conhecidos como matadouros, pois na maioria dos casos representava esperar para morrer.

Em 1904, Oswaldo Cruz propõe um código sanitário que constitui a desinfecção, inclusive domiciliar, o arrasamento de edificações consideradas nocivas à saúde pública, a notificação permanente dos casos de febre amarela, varíola e peste bubônica e a atuação da polícia sanitária. (BAPTISTA, 2007, p. 30)

A sua atuação mais impactante foi a instituição da campanha da vacinação obrigatória. Esta forma de procedimento era novidade e a população não tinha conhecimento para compreender como a vacina atuava no organismo, e começou a gerar um sentimento de desconfiança e medo de estarem sendo usados como cobaias, para atender interesses do governo. Assim, a campanha da vacinação

compulsória gerou muita contrariedade no Rio de Janeiro, o que culminou em um movimento popular chamado Revolta da Vacina.

Ele também implementa sua primeira grande estratégia no combate às doenças: a campanha de vacinação obrigatória. Seus métodos tornaram-se alvo de discussões e muita crítica, culminando com um movimento popular no Rio de Janeiro, conhecido como a Revolta da Vacina (Costa, 1985; COC, 1995). (BAPTISTA, 2007, p. 30)

Em que pese todas as contrariedades que Oswaldo Cruz enfrentou, as ações propostas pelo sanitarista foram exitosas no que se refere ao controle de algumas moléstias, bem como possibilitou um grande avanço no conhecimento acerca da atuação das doenças endêmicas tanto que conseguiu avançar de fato na erradicação de uma série de enfermidades. Conforme refere Baptista:

Com as ações de Oswaldo Cruz conseguiu-se avançar bastante no controle e combate de algumas doenças, possibilitando também o conhecimento acerca das mesmas. Em 1907 a febre amarela e outras doenças já tinham sido erradicadas da cidade do Rio de Janeiro e Belém". (BAPTISTA, 2007, p.34).

A segunda fase do movimento sanitarista ocorreu nos anos 1910 e 1920, e Cruz intensificou o saneamento rural e iniciou uma batalha para terminar com as principais endemias que assolavam a zonas rurais. Foi através de incursões pelo interior do Brasil que os sanitaristas puderam perceber a realidade da saúde, bem como foi possível ter certeza que era necessário desenvolver uma política de Estado na área da saúde. "As expedições revelaram um Brasil doente e suscitaram o questionamento do discurso romântico sobre os sertões como espaço saudável." (BAPTISTA, 2007, p.34)

A partir da década de 1910 inicia-se, no Brasil, um ativo movimento pelo saneamento rural (ou dos sertões) com inúmeras expedições promovidas pelo Instituto Manguinhos, vinculado ao Instituto Oswaldo Cruz, ao interior do país, as quais desnudaram uma nova e delicada realidade social e sanitária do país: o abandono e a miséria das regiões interioranas, onde a

população estava submetida a uma vida quase selvagem. (WAILLA, 2018, p. 24)

Com o objetivo principal de identificar e resolver as grandes carências sanitárias que assolavam as populações que habitavam as regiões mais remotas do interior do país, as expedições também colaboravam com a coleta de dados. Com acesso a novas informações sobre estes povos, houve grande incremento da pesquisa na área medico-sanitária.

Têm-se como exemplo de legado da atuação científica os relatos produzidos pelos médicos Belisário Penna a Arthur Neiva, resultantes de expedições realizadas no ano de 1912, pelo interior dos estados da Bahia, Pernambuco, Piauí e Goiás. Sobre esse estudo, Dominichi Miranda de Sá refere que:

O relatório apresenta ainda outras fortes caracterizações - os homens do interior não passariam de doentes abandonados e esquecidos pelo restante do Brasil, e o sertão seria marcado pela vastidão, por baixa densidade demográfica, resistência às mudanças, dificuldades de estabelecimento de bases mínimas de nacionalidade (devidas à ausência de meios de transporte e de vias de comunicação com o litoral), e analfabetismo presumido em 95%. Somem-se ainda ausência da autoridade pública, pobreza, apatia, espírito de rotina, impenetrabilidade ao progresso, vocação para regredir, primitivismo, culto da dignidade, probidade, moralidade do lar, zelo pela honra pessoal, mas também desatenção às leis e recurso à resolução violenta dos conflitos (Neiva, Penna, 1916).

Enfatizavam também que era mínima a presença de médicos em vastas extensões do interior do território brasileiro, e, portanto, mínima também sua expressão como agentes de cura para a maioria da população do sertão, de onde resulta o seu retrato do Brasil como país doente, abandonado e, por isso mesmo, atrasado. Defenderam, assim, a presença crescente de médicos nessas áreas isoladas, pois, de acordo com suas conclusões, o correlativo lógico dessa falta de assistência era o amplo recurso à chamada 'terapêutica popular' (Neiva, Penna, 1916). (SÁ, 2009)

Nos relatórios apresentados pelos médicos pesquisadores, constam relatos da situação de doenças bem como da situação geral das populações interioranas, e com isso descortinam uma realidade de completo abandono, de muita miséria e de pessoas vivendo em condições de total desconhecimento de regras básicas de cuidados com a saúde.

Um argumento importante do relatório é que se estava diante de uma população abandonada e esquecida que, mesmo vitimada por doenças, ainda poderia, em algumas regiões, como constataram em certas localidades da Bahia e de Pernambuco, se apresentar robusta e resistente. De qualquer forma, o cenário geral era descrito como "dantesco", sendo alarmante o número de portadores da doença de Chagas, especialmente no estado de Goiás, na região Centro-Oeste. Esses médicos ressaltam o contraste entre o que observaram e relataram e a retórica romântica sobre o caboclo e o sertanejo, descrevendo o povo como ignorante, abandonado, isolado, com instrumentos primitivos de trabalho, desconhecendo o uso da moeda, tradicionalista e refratário ao progresso. Esse quadro de isolamento era responsável pela ausência de qualquer sentimento de identidade nacional. Desconheciam qualquer símbolo ou referência nacional, ou melhor, os únicos símbolos que conheciam eram aqueles vinculados a manifestações religiosas (Penna e Neiva, 1916, p. 121, *apud* HOCHMAN, 1998)

Nos anos 1920 as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) atuavam como uma espécie de seguro social para categorias profissionais, com prestação de serviços de saúde para os participantes. Foi com o governo de Getúlio Vargas que foram criados os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), com ampliação das funções dos CAPs. "A criação desses inúmeros institutos foi, sem embargo, o primeiro passo para a organização de nosso sistema de previdência e seguridade social" (COSTA, 2013, p.101).

Em 1964, com o regime militar o Estado brasileiro adotou nova configuração, e ocorreram mudanças consideráveis na área da saúde, com o crescimento do setor privado na área da saúde. Mas foi em 1966 que houve a alteração mais relevante do período: os IAPs foram unificados e deram origem ao Instituto Nacional de Previdência Social (INPS).

No começo dos anos de 1970, a política adotada pelo INPS de incluir categorias profissionais dos "trabalhadores rurais, empregadas domésticas e autônomos e com a inclusão de novas categorias, aumentava a procura por serviços e os gastos no setor de saúde". (FLORES, 2016, p.127).

A saúde no Brasil dos governos militares priorizava o modelo clínico com o foco no indivíduo, tinha visivelmente uma índole curativa (e não preventiva) e que estimulava a especialização, ignorando quase que completamente as ações coletivas no âmbito da saúde pública.

A lógica curativa, estimulada pela indústria farmacêutica e de grandes corporações responsáveis pela produção e manutenção de equipamentos hospitalares, ajudou a forjar uma rede de grandes centros de excelência, com atendimento que chegava a apenas a aqueles que podiam pagar. A desigualdade, que sempre foi uma regra, nesta época era ainda mais acentuada, pois grande parte da população do país formava o contingente de excluídos do sistema.

Importante destacar que neste período histórico a saúde pública era atrelada a recursos previdenciários, e grande parte do orçamento foi destinado à contratação de empresas privadas para prestação do serviço médico hospitalar, estimulando-se a criação de grandes centros hospitalares. Com grandes somas de investimento, em um país com a lógica capitalista, e com um regime ditatorial, o desvio de recursos era inevitável. Com isso a prestação do serviço alcançava poucos usuários, deixando grande parte sem qualquer cobertura.

Eis, em suma, o cenário dos sistemas de saúde no Brasil, a partir de 1970: expressiva monta de recursos públicos, mais especificamente previdenciários, destinada ao custeio e financiamento de empresas e faculdades privadas de saúde, cujo modelo de assistência adotado – meramente curativa - era complexo, ineficaz e insuficiente frente à demanda, além de consumir vultosas quantias em razão das terapias e tecnologias de ponta que os novos profissionais médicos, formado distantes da realidade sanitária e das condições da saúde brasileira, insistiam em recomendar, esvaziando os cofres públicos, já enxutos por conta dos desvios e fraudes que se estabeleceram nessa área, ao passo que a saúde pública vivia a desvalorização do modelo sanitário campanhista de anos anteriores, diante do desprestígio do Ministério da Saúde que, com poucos recursos que lhe restavam, limitava a sua atuação, no âmbito coletivo, a algumas poucas medidas de erradicação de endemias. (WAILLA, p. 29. 2018).

Este era o cenário que se encontrava a saúde na época do regime militar, que foi combatido pelo movimento denominado de reforma sanitária.

O Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB) constituiu-se no processo de amplas mobilizações da sociedade brasileira pela redemocratização. Expressou a indignação da sociedade frente as aviltantes desigualdades, a mercantilização da saúde (AROUCA, 2003) e, configurou-se como ação política concertada em torno de um projeto

civilizatório de sociedade inclusiva, solidária, tendo a saúde como direito universal de cidadania (SOUTO, OLIVEIRA, 2016).

A reforma sanitária tem grande relevância quando se trata de saúde pública no Brasil, pela forma como influenciou a criação do sistema público que existe hoje, e que afeta consideravelmente a formação da agenda do SUS até os dias de hoje, conferindo diretrizes para formulação de políticas públicas.

Esta forma de perceber como distribuir políticas em saúde pública tem sua gênese na década de 1970, no período ditatorial, no movimento que surgiu entre os estudantes do curso de medicina.

Diante do cenário de desgaste do modelo político imposto ao país em 1964, aliado aos nefastos resultados sociais oriundos da concentração da riqueza, que caracterizou o autoritarismo militar, muitos movimentos sociais urbanos adotaram como objetivo a redemocratização do país. Foi com esta pauta de redemocratização aliada com o movimento por uma prática médica preventiva e tendo a saúde como um direito de cidadania que teve início o movimento de reforma sanitária,

A reforma sanitária foi um movimento que nasceu em um ambiente de luta por redemocratização. O fim da ditadura foi um elemento importante para agregar os ideais que pregavam pela preservação dos direitos individuais e sociais, que se aliou ao movimento que começava a surgir entre profissionais da saúde, acadêmicos, cientistas, que associavam as péssimas condições sociais da população com a ruína da assistência médica previdenciária e o modelo curativo de exercício da medicina.

E foi no âmbito dos Departamento de Medicina Preventiva (DMPs) que foram dados os primeiros passos em direção à constituição de um movimento sanitário que tinha por premissa a saúde como um direito de cidadania buscando conciliar a produção do conhecimento com a prática política, envolvendo-se com os demais setores da sociedade civil pela democratização do país. (SCOREL, NASCIMENTO, EDLER, *apud* WAILLA, pg 30).

O movimento de reforma sanitária se expandiu e contou com o apoio dos profissionais da saúde, em especial os médicos residentes que na época estavam mobilizados pela regulamentação da Residência Médica.

Novas concepções de compreender as políticas públicas em saúde foram adotadas pelo movimento. O combate ao autoritarismo com a luta pela democratização e a crítica ao modelo puramente curativo, que se restringia ao diagnóstico e sua profilaxia, colaboraram para o surgimento de um novo modelo que passou a ser conhecido como medicina social.

Assim, estava em pauta não apenas a transformação do sistema de saúde vigente no Brasil, segregador em todos os seus aspectos, mas a própria concepção do processo de saúde/doença e do modelo de medicina que, orientado pela especialização, pelas modernas terapias, pela descaracterização da relação da relação médico-paciente e pela completa indiferença aos determinantes sociais, do trabalho e do ambiente nesses processo de adoecimento, consumia elevados recursos públicos, mas produzia baixa cobertura populacional e pouca resolutividade a longo prazo, dada a ausência de uma política de saúde integral, calcada na prevenção e na socialização dos serviços e ações em saúde. (WAILLA, p. 31-32)

Ao fazer referência ao tema da reforma sanitária deve-se sempre se referir ao médico sanitarista (e que posteriormente foi eleito deputado federal) Sérgio Arouca. Sua atuação foi crucial no movimento da reforma sanitária, e sua tese de doutorado denominada de “O Dilema Preventivista, contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva”, publicada em 1975, tornou-se referência no tema. Consagrado como pesquisador e cientista, atuou como defensor da medicina social, a qual nesta obra a conceituou:

Como o estudo da dinâmica do processo saúde/doença nas populações, suas relações com a estrutura da atenção médica, bem como das relações de ambas com o sistema social global, visando à transformação dessas relações para a obtenção, dentro dos conhecimentos atuais de níveis máximos possíveis de saúde e bem-estar das populações. (AROUCA *apud* WAILLA, P. 35)

Este movimento de reforma teve como peculiaridade o fato de ter nascido dentro do centro da sociedade como forma de recuperar a cidadania e realizar uma transformação social. Ao contrário de outras reformas que alteraram a forma de atuação do Estado brasileiro, como a reforma universitária, ou a tributária, que foram

articuladas e tomaram corpo através da atuação política do Executivo, a reforma sanitária foi um movimento originado na base da sociedade, e influenciou sobremaneira a conformação do sistema de saúde pública brasileiro do final do século XX e que começava a ser delineado.

Em 1986 ocorreu a 8ª Conferência Nacional de Saúde, onde foi criado o Sistema Único e Descentralizado e Saúde, que teve papel crucial para a implantação do SUS. Como descreve Jairnilson Paim, o relatório final da conferência sintetizou os elementos da reforma sanitária:

Após longos debates a respeito dos três principais eixos em que é estruturada a conferência, é elaborado o Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde, contendo, em síntese, os seguintes elementos constitutivos do projeto de Reforma Sanitária: a) ampliação do conceito de saúde; b) reconhecimento da saúde como direito de todos e dever do Estado; c) a criação do SUS; d) participação popular; e) constituição e ampliação do orçamento popular. (PAIM *apud* WAILLA, P. 38)

Foi com a Constituição de 1988 que o SUS passou a figurar inserido na seguridade social em conjunto com a previdência e assistência social. Foram então garantidos os princípios da universalidade e igualdade de acesso aos serviços do SUS. As regras para implementar um sistema único foram aprimoradas e em 1990 foi editada a Lei 8080/90, que regulamentou a forma de atuação deste sistema que foi considerado o maior do mundo.

A forma de atuação do SUS está baseada em dois princípios fundamentais: a universalidade e igualdade de cobertura e do atendimento, que visam garantir que qualquer cidadão, sem a interferência de qualquer espécie de privilégio ou impedimento, deve ter acesso aos serviços de saúde públicos e privados conveniados.

A lógica adotada para a prestação deste serviço foi através de uma rede de serviços hierarquizada, do menor nível de complexidade para o maior, com as correspondentes tecnologias. “Todo o cidadão é igual perante o SUS e será atendido conforme suas necessidades até o limite que o sistema pode oferecer para todos.” (COSTA; FLORES, 2015, p. 568)

O Sistema de saúde pública brasileiro teve como referência o padrão adotado no Reino Unido. O Sistema Nacional de Saúde britânico - *National Health Service*

(NHS) – que é um dos mais eficientes e maiores serviços de saúde pública do mundo, além de ser o mais antigo, pois foi criado no período pós-guerra (1948), e serviu como paradigma para a criação de um sistema inovador em países de características continentais como o Brasil. A ideia de universalidade advém deste sistema de saúde britânico, que possui relação estreita com o conceito de solidariedade consagrado na Constituição.

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) na Constituição Brasileira de 1988 (Brasil, 1992), e os 18 anos que transcorreram de sua implantação/implementação, têm levado estudiosos de sistemas de saúde a compará-lo ao sistema de saúde britânico, o National Health Service (NHS). Essa analogia decorre essencialmente das características comuns: a universalidade e o caráter público de ambos. Muitos asseveravam que o sistema de saúde do Reino Unido havia servido de modelo ao nosso, principalmente por adotar os mesmos princípios básicos definidores: universalidade, integralidade e gratuidade. (TANAKA e OLIVEIRA, 2007).

A presença do SUS conforme foi concebido é uma forma de garantir a realização de políticas públicas de saúde no país. Ocorre que diante de garantias constitucionais que visam o estado de bem-estar social inseridas em uma sociedade cuja economia está voltada para ao mercado e cujo governo apresenta políticas sociais de cunho neoconservador, é evidente que as falhas apareceriam. E um dos sintomas deste choque de interesses é a judicialização da saúde.

2.3 A saúde pública no Brasil contemporâneo

Para que a seguridade social possa buscar a almejada justiça social deve oferecer meios para que políticas públicas garantam serviços em áreas essenciais para os indivíduos. E a saúde é essencial, e ter políticas que garantam serviços de saúde para toda a população, de forma gratuita, é uma maneira de priorizar a busca pela cidadania plena para todos os cidadãos.

Com o intuito de analisar a saúde pública nos dias de hoje, entende-se que a percepção de problemas como a restrição orçamentária, imposta recentemente e que atinge diretamente políticas públicas em saúde, a medicalização excessiva decorrente de métodos impostos pela poderosa indústria farmacêutica e que agravam a situação da saúde pública e a judicialização da saúde, em que decisões

judiciais passam a estabelecer as políticas na área vindo a causar muitos prejuízos ao sistema público, especialmente a desorganização da complexa rede de políticas em saúde existente.

A Constituição Federal de 1988 buscou instituir o Estado de bem-estar social no Brasil, e com uma assembleia constituinte que tinha o dever de reformar a Administração Pública, buscou garantir direitos de forma a trazer a social democracia para o Estado deteriorado pelo período ditatorial/militar e conferiu saúde gratuita e universal, previdência social com regras garantidas na constituição, educação pública como um dever dos governantes, normas relacionadas com as relações de trabalho, bem como assistência social aos necessitados, entre muitos outros direitos que deram nova configuração ao ordenamento jurídico.

Ocorre que assim como qualquer política pública, a saúde também possui um custo financeiro e, portanto, depende da disponibilidade do orçamento. “Dos anos 1990 aos dias atuais, a questão do financiamento se traduz em inúmeras dificuldades, conflitos e obstruções no seu processo de implementação” (SENNA e MONNERAT, 2010, p. 197)

A forma como o orçamento público é manejado pelos chefes de Poderes Executivos diz muito sobre a intenção do Estado. Com o movimento da economia mundial de se alinhar às intenções do neoconservadorismo, as leis orçamentárias começaram a seguir esta tendência, e os cortes em áreas vinculadas aos direitos sociais também passaram a ser comuns.

Um grande obstáculo ao desenvolvimento das várias políticas públicas, e que já causa danos na saúde pública, foi a restrição orçamentária imposta pela Emenda Constitucional nº 95 (EC 95). Chamada de “novo regime fiscal”, a alteração no texto constitucional que congela os gastos públicos por período de vinte anos. A medida compromete todas as políticas sociais, em especial aqui, as políticas públicas em saúde.

Com a restrição orçamentária da EC 95, todas as despesas públicas serão corrigidas do orçamento de um ano para o seguinte somente levando em consideração a taxa de inflação oficial - Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), de forma que impede o aumento real. Os itens saúde e educação sofrerão a incidência desta nova lógica em 2018, um ano depois que as demais despesas públicas, já que foram contemplados com uma distinção de ter a aplicação da regra somente depois do primeiro ano.

Desta forma, se antes deste teto orçamentário a situação da saúde pública brasileira já não era aquela esperada pela população, e não conseguia atingir os objetivos propostos na Constituição, agora com esta referida limitação orçamentária será ainda mais difícil oferecer à população uma política de saúde pública. Com os recursos cada vez mais escassos e com menos serviços de saúde, a tendência é que ocorra um aumento considerável no número de ações judiciais pleiteando que o sistema público atue de alguma forma na prestação de serviços de saúde.

Outro fator que pode ser considerado um agravante da situação da saúde pública no Brasil é a forma como a sociedade atual se comporta no que se refere a saúde. Existe um fenômeno social que é impulsionado por necessidades do capitalismo e impostas pelo mercado “acaba ganhando considerável projeção nesse tipo de economia que estimula o consumo desenfreado de medicamentos” (BRAUNER e FURLAN, 2016, p.44).

A medicalização da vida é um processo que vem ocorrendo em grande parte dos países ocidentais, e decorre da forma como se constitui a economia de mercado global. Este fenômeno encontra solo fértil em sociedade composta por muitos cidadãos carentes de senso crítico e de responsabilidade, e que acabam por incorporar a dinâmica que os mercados de medicamentos impõem.

A forma de agir e pensar de grande parcela da população é conduzida para uma verdadeira cultura do adoecimento, em que é depositada uma confiança quase cega na tecnologia desenvolvida pela indústria farmacêutica.

A criação de novas técnicas de tratamento, o desenvolvimento de novos fármacos, a formulação de novas especialidades médicas, em sintonia com as exigências mercadológicas, são formas de obter aumento de faturamento para quem domina este mercado. Para que estas novidades tenham aceitação estas são sempre atreladas a inovações tecnológicas. Um medicamento passa a ser confiável na medida que é desenvolvido e aprovado por quem detém o poder da ciência, ainda que esteja totalmente envolvido com a indústria farmacêutica.

Com isso é perceptível na sociedade atual que quando há a intenção de legitimar uma descoberta, conferir credibilidade a uma nova técnica, a primeira atitude realizada é a associação com a ciência, e isto ocorre na área da saúde com em todas as áreas do conhecimento.

Afinal, a ciência herda o prestígio da religião no contexto pré-moderno e assume, em boa parte, pelo menos, o papel de explicar o mundo moderno. Não existe tema que seja discutido na esfera pública de qualquer sociedade moderna que não invoque a “palavra do especialista” que fala pela ciência. Assim, o potencial da ciência de produzir efetivo aprendizado individual e coletivo está ligado e muitas vezes decisivamente condicionado, por força de seu prestígio público, a servir de instância legitimadora e primeira e decisiva trincheira da luta social e política pela definição legítima de “boa vida” e “sociedade justa”. Em outras palavras: não existe ordem social moderna sem uma legitimação pretensamente científica desta mesma ordem. (SOUZA, 2015, p. 11)

A técnica é comumente associada à neutralidade, a ciência atua como algo acima de qualquer ideologia, e assim a indústria farmacêutica também usa desta forma de racionalidade para criar uma falsa ideia de ciência descompromissada com a exploração e manipulação. A falsa pureza que reveste o discurso da ciência pode ser verificada com uma conscientização ocorrida nas últimas décadas: “o desenvolvimento da técnica não provoca somente processos de emancipação, mas também novos processos de manipulação do homem pelo homem ou dos indivíduos humanos pelas entidades sociais”. (MORIN, 2010, p. 109)

Através de várias formas que a indústria possui para criar consensos e influenciar os hábitos dos cidadãos, a sociedade a cada dia se torna mais dependente dos fármacos, de intervenções médicas cuja necessidade é duvidosa.

Para perceber a alteração cultural que atinge o país e que altera a forma como os medicamentos e procedimentos médicos são considerados, basta ver a quantidade de anúncios publicitários de medicamentos que são veiculados diariamente, em vários veículos de comunicação.

Além disso, outra forma de perceber o avanço da medicalização da vida é observando a quantidade de farmácias existentes hoje nas cidades brasileiras que comercializam não apenas medicamentos, mas uma gama de produtos relacionados, também sob a influência de técnicas de comércio que estimulam bastante a automedicação.

Esta forma de consumismo que envolve a área da saúde é bastante nocivo e acaba influenciando negativamente as políticas públicas. A criação da denominada cultura do adoecimento agrava ainda mais a situação da saúde pública ante o considerável aumento das demandas judiciais com pretensões que envolvem a prestação de medidas na área da saúde.

Outro fator que também é bastante prejudicial no que se refere à atuação do Estado na esfera da saúde pública é o fenômeno da judicialização excessiva, em que decisões judiciais visam garantir medidas aos jurisdicionados.

É notório que a saúde pública no país está longe do modelo, que existem muitas dificuldades e que a falta de recursos impede que o Estado consiga cumprir com a sua obrigação constitucional de garantir que a saúde seja direito de todos.

O movimento que deu início ao excesso de ações judiciais aconteceu nos anos 1990, com a descoberta de medicamentos retrovirais para prestar a fazer com que pacientes portadores do HIV tivessem acesso aos medicamentos, que na época tinham um valor bastante elevado. Este pleito “com pedidos de medicamentos antiretrovirais para o HIV/aids, tem tido importante papel como via alternativa do cidadão ao acesso a medicamentos no Sistema Único de Saúde (SUS)”. (PEPE et al.,

O número de ações judiciais propostas requerendo que o sistema público fosse obrigado a fornecer os medicamentos logo aumentou, e com as procedências dos pedidos e com o ingresso de ações coletivas neste sentido, o número de pacientes atendidos teve um crescimento exponencial.

Diante de situações em que a saúde do jurisdicionado depende de uma medida que o Estado não fornece, este se socorre do juiz para que seja garantida a manutenção de sua vida ou bem estar.

Não obstante a Constituição Federal de 1988 tenha garantido inúmeros direitos, distribuindo as competências entre os Entes Federados, além de prever meios jurídicos-processuais para garantir a efetivação desses direitos, vê-se atualmente que há uma grande falta de correspondência entre o texto legal e a realidade dos indivíduos.

Essa omissão faz com que cada vez mais se busque o Poder Judiciário para a realização dos direito constitucionalmente garantidos. (BRAUNER; CIGNACHI, 2011, p. 44).

Ao analisar a atuação do Poder Judiciário diante das demandas envolvendo questões de saúde destaca-se, primeiro, que a saúde é dever do Estado, portanto deve este fornecer as condições para a prevenção, promoção, proteção e recuperação do estado de saúde de todo cidadão com dignidade, e depois que

qualquer pessoa deve ter acesso ao Poder Judiciário como forma de buscar a defesa de seus direitos.

O papel do Poder Judiciário na condução das políticas públicas ao acesso à assistência farmacêutica deve ser encarado como uma garantia do indivíduo em pleitear ações que visem a concretização de um direito fundamental e essencial, direito este que está previsto na Carta Magna brasileira e que necessita da atuação eficaz e imparcial para atender às necessidades da população. (BRAUNER e CIGNACHI, 2011, p.58).

A Lei Maior ainda elenca o princípio da dignidade da pessoa humana no rol dos direitos fundamentais, e garante a todo cidadão o direito de exigir a prestação do Estado. Isto cria a possibilidade para os usuários do sistema público para que recorram ao Poder Judiciário de forma a exigir que o sistema de saúde pública supra as carências, garantindo assim a efetividade do texto da Constituição Federal.

Ocorre que esta forma de suprir as lacunas da prestação do Executivo com medidas judiciais foi se tornando exagerada, criando-se o fenômeno da judicialização da saúde, que desorganiza o sistema, aumenta o custo para o poder público, e torna menos democrática e mais injusta a distribuição de medidas na área da saúde.

O maior grau de participação democrática, tanto do Poder Legislativo quanto do Poder Executivo, na concretização das políticas públicas de saúde, definindo ações e serviços a serem prestados aos indivíduos, com base nos arts. 196 e seguintes da CF/88, restringe a possibilidade de definição dessas prestações pelo Poder Judiciário na efetivação do direito prestacional à saúde. (CURY, 2016, 113)

Um ente estatal quando efetua a compra de um produto de forma ordenada, seguindo as metas traçadas, a faz através de um processo licitatório, em que o preço e as condições são analisados conforme o orçamento e para que supra as necessidades.

No momento de cumprir uma ordem judicial, que determina a entrega emergencial de um medicamento ou tratamento, o Poder Executivo quebra a lógica de licitação, de buscar a condição mais favorável, de comparação de preços, de obter um produto com preço condizente com a grande quantidade, de buscar o

melhor custo-benefício, de distribuição de responsabilidade entre os entes, e desorganizadamente, procura no mercado o objeto da determinação judicial. Isso aos poucos vai interferindo na forma de organização do Estado, a ponto de gerar uma desordem tão grande que prejudica a participação original daquele ente. E isto é apenas um exemplo de uma forma de desorganizar o sistema público.

Esta forma de adequar a realidade do cidadão ao que determina a Constituição ocorre sem considerar o sistema de forma integral e que gera a falta de recursos em outras áreas de atuação estatal. Isto provoca uma série de prejuízos ao sistema público, em que se pode destacar a desorganização da administração da saúde pública.

Quando há alguma decisão judicial determinando a entrega imediata de medicamentos, frequentemente o Governo retira o fármaco do programa, desatendendo a um paciente que o recebia regularmente, para entregá-lo ao litigante individual que obteve a decisão favorável (BARROSO, 2007, p.25).

Além disso, a forma do indivíduo obter a prestação estatal desejada possui um caráter antidemocrático, já que somente os cidadãos que possuem acesso à informação, à uma assessoria jurídica – ainda que através da defensoria pública – é que podem requerer as medidas, e a maioria da população sequer sabe desta possibilidade.

A judicialização da saúde passou a ser um tema recorrente em questões que tratam de políticas públicas. Esta forma de atuação jurisdicional é uma consequência da falta de uma política realmente efetiva, assim como pode ser considerada uma das causas da crise na saúde.

O tema é de suma importância para a compreensão do sistema estatal de distribuição de políticas sociais, e a sua análise deve ser realizada sob a perspectiva das políticas públicas, sendo atualmente um meio de resolver casos específicos em detrimento do sistema de saúde estatal.

De forma sucinta, conclui-se que via de regra cabe ao Poder Executivo eleito dar a linha política escolhida pela maioria, e dentro desta lógica executar as políticas públicas.

As normas que tratam do direito à saúde, como o art. 196 da Constituição, conferem as diretrizes para a formulação e implementação das políticas públicas de saúde, definem parâmetros a serem seguidos, mas não determinam que medidas específicas devem ser tomadas. É neste espaço que reside a área de atuação do poder político do Executivo e do Legislativo, democraticamente escolhidos, e que poderão apontar os caminhos para que as diretrizes constitucionais sejam perseguidas.

Compreendemos que o Poder Executivo e o Poder Legislativo estabelecem o *que* é fornecido, em termos de direito prestacional à saúde. Nesse sentido, a conduta do Poder Executivo poderá variar entre a configuração material ou a omissão absoluta na configuração das políticas públicas de saúde. (CURY, 2016, p. 112)

De outro lado, em situações em que há omissão do Executivo, como a falta de previsão de determinada política a ser implementada, e que se torna necessária no caso concreto, é dever do Judiciário determinar que o ente demandado supra a omissão, e possui legitimidade para tanto pois deve fazer cumprir o estabelecido no art. 196 da Constituição através de medidas excepcionais. Se a legislação determina ação em um determinado sentido, e esta não se concretiza por inércia do Executivo, novamente temos uma situação em que a ação do Judiciário é uma forma de fazer com seja dada efetividade ao texto constitucional.

Assim, diante do caso concreto, deve ser avaliado se existe uma política pública que contemple a situação exposta. Quanto mais os direitos são explicitados, quanto mais estabelecidas as formas como as medidas devem ser efetivadas, menor é a área de atuação do Judiciário.

O SUS proporcionou o acesso universal ao sistema público de saúde, e esta garantia deve ser compreendida como resultado de conquistas que culminaram com a aprovação do texto constitucional, em especial no art. 196 da Constituição da República. Com isso a atenção integral à saúde tornou-se um direito de qualquer cidadão, independente de contribuição ou vínculo previdenciário. Esta garantia estende-se da gestação e atravessa a todas as fases da vida do usuário, e visa garantir não apenas uma vida sem doenças, mas com qualidade de vida.

Dessa maneira, o SUS, em conjunto com as demais políticas, deve atuar na promoção da saúde, prevenção de ocorrência de agravos e recuperação dos doentes. A gestão das ações e dos serviços de saúde deve ser solidária e participativa entre os três entes da Federação: a União, os Estados e os municípios.

A rede que compõem o SUS é ampla e abrange tanto ações, como serviços de saúde. Ela engloba a atenção básica, média e alta complexidades, os serviços urgência e emergência, a atenção hospitalar, as ações e serviços das vigilâncias epidemiológica, sanitária e ambiental e assistência farmacêutica.

Esta estrutura estatal voltada a garantir que todo cidadão receba o tratamento digno e adequado quando necessitar, que distribui a maior rede de vacinação do mundo, que coordena dezenas de programas voltados a proporcionar políticas sanitárias, e mais uma série de atribuições que a legislação atribui ao sistema nacional de saúde pública, é somente uma parte de uma política voltada a dar segurança aos cidadãos. Ao formar um *conjunto integrado de ações* em que participam o Estado brasileiro, e toda sociedade, a Seguridade Social deve ter uma atuação integrada.

CAPÍTULO 3 PREVIDÊNCIA SOCIAL

A previdência social possui estreita relação com o sistema capitalista em razão de sua origem que está no interesse dos empregadores europeus que no século XIX, durante a revolução industrial, buscavam meios para mitigar os danos causados pelos frequentes acidentes, reduzindo o atrito entre os empresários e os trabalhadores.

O Direito Previdenciário é fruto da revolução industrial e do desenvolvimento da sociedade humana, principalmente em decorrência dos inúmeros acidentes do trabalho que dizimavam os trabalhadores. Este ramo do direito visa a cobertura dos “riscos sociais, tomada a expressão no seu sentido comum de acontecimento *incertus an e incertus quand* que acarrete uma situação de impossibilidade de sustento próprio e da família” (HORVATH, 2005, p. 167)

Neste cenário de lutas por direitos trabalhistas e sociais, de tensão resultante da luta de classes, o chanceler prussiano Otto von Bismark idealizou o primeiro sistema de seguro social na Alemanha, que teve início com a edição da Lei do seguro-doença, o qual era custeado por contribuições dos empregados, empregadores e o Estado.

Atualmente pode-se fundamentar a necessidade da previdência social em razão do reconhecimento de que toda pessoa tem direito de gozar de uma velhice com dignidade, em que a idade e a saída do mercado de trabalho não represente o ingresso na pobreza absoluta, o que é essencial para toda sociedade. Percebe-se, desta forma, que os direitos previdenciários constituem uma conquista civilizatória do capitalismo.

Considerando a o contexto de sociedade capitalista atual, é essencial que todo cidadão tenha acesso a previdência social, de forma a garantir o mínimo de segurança frente às eventuais causas de miséria que acometem aqueles que

sobrevivem da venda da sua força de trabalho, com a incapacidade causada por doença, resultante de acidente, velhice, gravidez, encarceramento, etc.

Para entrar no tema da previdência social, importante destacar que existem no país três regimes distintos de previdência: Regime Geral da Previdência Social, o Regime Próprio de Previdência Social e o Regime de Previdência Complementar.

Para delimitar o tema, ressalva-se que o presente trabalho vai se ocupar na análise somente de um deles, o Regime Geral da Previdência Social (RGPS), o regime público oficial, o mais abrangente de todos os três. O RGPS é gerenciado pelo Instituto Nacional do Seguro Social, que compreende o maior número de filiados. Este regime cobre a totalidade dos trabalhadores urbanos da iniciativa privada, trabalhadores rurais, bem como significativa parcela de servidores públicos que são regidos pela CLT, os contribuintes individuais, facultativos e segurados especiais.

O Regime Próprio de Previdência Social (RPPS) compreende a proteção aos servidores públicos civis de cargos efetivos, o que abrange todos aqueles da esfera federal, todos os estaduais, e grande parte dos servidores municipais, assim como todos os militares. Esse regime previdenciário foi estabelecido por entidades de caráter público, e a filiação dos servidores é compulsória.

O Regime de Previdência Complementar Facultativa possui caráter privado e atuam através de entidades complementares de previdência. A ideia desse tipo de regime é adicionar uma renda aos trabalhadores que desejam ampliar seus ganhos, além do plano previdenciário oficial. Esta modalidade de previdência pode ser aberta ou fechada. A previdência complementar aberta está disponível para qualquer cidadão, que para ter acesso a algum de seus planos, bastando para tanto aderir e verter contribuições conforme o plano adotado, enquanto na modalidade fechada apenas aqueles que integram um determinado grupo, geralmente uma empresa ou um conglomerado, e entidades de classe ou sindicatos.

A Previdência Social é o resultado de um longo processo que atravessou o século XX, com histórico de lutas e materialização dos direitos fundamentais para os trabalhadores e trabalhadoras.

Hoje a previdência participa ativamente na redução da miséria e da realização da justiça social, auxilia na redução das desigualdades com a distribuição de renda, contribui com a economia nacional com a disseminação de capital, dos grandes centros aos mais remotos e diversos municípios, e colabora consideravelmente para viabilizar que o princípio da dignidade da pessoa humana seja realmente efetivado.

Responsável pela maior política de distribuição de renda do país, a Previdência Social tornou-se um importante mecanismo de efetivação de políticas públicas de distribuição de riqueza, proporcionando a garantia da qualidade de vida dos cidadãos, além de ser o principal fator de dinamização da economia de centenas de municípios no país, como fator de diminuição da pobreza e promoção da justiça social.

3.1 BREVE HISTÓRICO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL

A origem do modelo de previdência que se conhece hoje no Brasil é amplamente creditada ao Decreto nº 4.682, e que é conhecida com Lei Eloy Chaves. A norma, de iniciativa do Congresso, e de autoria do então deputado federal do estado de São Paulo, Eloy de Miranda Chaves, foi sancionada pelo então presidente Artur Bernardes em 24 de janeiro de 1923. Esta determinava a criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões, entidades com o fim de dar o suporte aos trabalhadores ferroviários de cada uma das empresas do ramo³.

Art 1º. Fica creada em cada uma das empresas de estradas de ferro existentes no paiz uma caixa de aposentadoria e pensões para os respectivos empregados. (BRASIL. Decreto nº 4.682, de 24 de janeiro de 1923)

³ A origem dessa lei encontra suas origens mais remotas na Lei 10.650 de 14 de maio de 1919, que instituía o seguro social na Argentina. O engenheiro William John Sheldon, em viagem rumo ao Chile para estudar o sistema de tração usado na cordilheira dos Andes, passou na Argentina, onde ficou sabendo que a Argentina havia implantado um sistema de proteção social aos trabalhadores. Na volta ao Brasil, a legislação argentina foi minuciosamente estudada e adaptada à realidade brasileira pelos trabalhadores. Em 4 de julho de 1921, na cidade de Jundiaí, os trabalhadores marcaram reunião com o Inspetor Geral da Companhia Paulista de Estradas de Ferro Francisco Paes Leme Monlevade. Nesta reunião, chegaram a um consenso sobre o texto definitivo do anteprojeto de lei que, por indicação de Monlevade, foi confiado ao patrocínio do deputado paulista Eloy Chaves. (Aguinaldo Simões, apud HORVATH, 2005, p. 23).

Esta lei atendeu, em um primeiro momento, aos trabalhadores ferroviários e, posteriormente, aos marítimos e estivadores, e com o tempo ganhou maior abrangência. Mas sua posição como referencial inicial para o modelo de previdência social não é um ponto pacífico na doutrina.

O professor Aníbal Fernandes revela que neste fato existe um conteúdo ideológico. Tivemos o mutualismo como forma organizatória e como precedente precioso da Previdência Oficial. Sob tal prisma, os festejos oficiais que situam na lei Eloy Chaves o nascimento da Previdência Social têm caráter ideológico que deve ser desvendado, buscam transformar as conquistas sociais, logradas com lutas a partir das bases, em benesses estatais. Sobre ser ainda, a afirmativa relativa ao surgimento da Previdência em 1923, uma inverdade histórica, seja pelos apontados, seja porque outras leis previdenciárias são anteriores a esta data (como nossa primeira lei acidentária que data de 1919). *In* Problemas Cruciais da Previdência Social, 1978, pág.07. (HORVATH, 2005, p.06)

De qualquer forma, a Lei Eloy Chaves determinava a criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões para determinadas classes de trabalhadores, de forma a prestar apoio aos funcionários em situações de doenças, velhice, invalidez e morte.

Autorizava cada empresa ferroviária existente no país a criar sua Caixa de Aposentadoria e Pensões, bem como concedia o direito de estabilidade aos ferroviários. A primeira empresa a criar sua caixa de aposentadoria e pensões dos empregados foi a Great Western do Brasil. A partir daí, começaram a proliferar as caixas de aposentadoria e pensões, porém como não havia lei regulando os benefícios mínimos, os trabalhadores das empresas mais fortes sempre estavam mais bem protegidos. Cada Caixa de Pensões funcionava segundo normas regimentais próprias. Esta distorção só foi sanada em definitivo com a edição da LOPS (Lei Orgânica da Previdência Social) em 1960. (HORVATH, 2005, p. 22-23)

As Caixas de Aposentadorias e Pensões tinham índole essencialmente privada, e eram vinculadas às empresas. O custeio das chamadas CAPs não

contavam com a participação estatal, sendo dividido entre os trabalhadores e as empresas.

Em 1926, com o Decreto Legislativo nº 5.109, os benefícios concedidos aos ferroviários atingiram trabalhadores portuários e marítimos. Conforme Ana Lúcia Oliveira:

O seguro social sempre foi uma reivindicação histórica do movimento operário brasileiro. Instituído ainda nos anos vinte pela Lei Elói Chaves (1923), que criou as Caixas de Aposentadorias e Pensões para os empregados em estradas de ferro, e estendido pelo decreto nº 5.109 (1926), as CAPs tinham por objetivo prestar serviços assistenciais e previdenciários (OLIVEIRA, 1999)

Diante da experiência dos CAPs, esta forma de organização previdenciária aumentou consideravelmente, de acordo com a capacidade de mobilização das categorias, como refere Batich:

As CAPs expandiram-se para outras categorias funcionais assalariadas, chegando a serem instaladas cerca de 180 caixas de aposentadorias no Brasil. A ordem de criação deste tipo de instituição previdenciária sempre foi determinada pela capacidade de mobilização e reivindicação dos trabalhadores por melhores condições de trabalho. Assim, o fato de os trabalhadores de ferrovia terem inaugurado o sistema deve-se menos à importância, para a economia nacional das atividades que desenvolviam, baseadas na exportação de produtos primários, do que à sua capacidade de mobilização para reivindicações de natureza trabalhista. Por este motivo, a previdência para o trabalhador rural não era cogitada, embora fosse elemento fundamental na produção do café, principal produto de exportação do país.

Com ascensão de Vargas à presidência, foi criado o Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio, em 1930, com o fim de gerir a previdência, e foi adotado o modelo baseado no modelo previdenciário italiano. Com isso o sistema previdenciário brasileiro passou a considerar as categorias profissionais, e de abrangência nacional, e assim foram criados os Institutos de Aposentadorias e Pensões, os IAPs, que contavam com o custeio dos trabalhadores, dos empregadores e do Estado.

Os Institutos foram a base do sistema de seguridade em geral, pois além dos benefícios de caráter previdenciário, como aposentadorias e pensões, também prestava serviços de saúde.

Atentando ao momento histórico da segunda e terceira década do século XX, em que o Brasil começava seu processo de industrialização, havia a necessidade de ter uma reserva em forma de poupança, bem como havia a necessidade de atender necessidades das classes trabalhadoras, em especial a criação de políticas habitacionais.

Nesse caso, o País necessitava de uma forte poupança para dar continuidade a um processo de industrialização, por um lado, a atender a algumas demandas dos trabalhadores, tais como um dos principais Institutos a financiar aos trabalhadores e casa própria, tão reclamada pela coletividade. (COSTA, 2010, p. 27)

Com a adoção desta forma de organização de seguridade social, através de institutos que consideravam as classes de trabalhadores, houve a fundação do Instituto de Aposentadorias e Pensões do Marítimos - IAPM, em 1933. E na sequência foram criados institutos de previdência para outras classes organizadas, como os comerciários (IAPC) e dos bancários, em 1934, dos industriários (IAPI) em 1936, dos trabalhadores em transporte de carga (IAPTC) em 1938.

Muito embora esses diversos institutos começassem a apresentar diferenças entre si, até mesmo devido à sua organização, eis que cada qual tinha sua independência e autonomia de decisão, o que dificultava a transferência de aportes quando da migração dos segurados entre os mesmos. O motivo fundante da unificação desses institutos no Instituto Nacional de Seguridade Social, levado a cabo em 1960, foi o controle dos trabalhadores por parte do Estado e a tomada de seus significativos numerários para impulsionar obras que, segundo as prioridades do governo, eram fundamentais para o País se desenvolver: a construção de Brasília, da Transamazônica, somente para citar dois exemplos mais conhecidos. (COSTA, 2010, p. 28)

Através do Decreto-lei nº 288, de 23 de fevereiro de 1938 o governo de Vargas criou o IPASE - Instituto de Pensão e Assistência dos Servidores do Estado,

um fundo previdenciário para os servidores públicos federais. Um indicativo da importância desse instituto e do peso político que tinha a questão previdenciária no governo de então, que a presidência desse instituto, assim como os demais que tratavam da seguridade dos trabalhadores, era exercida por pessoas nomeadas diretamente pelo presidente da República.

A Constituição de 1934 disciplinou a forma de custeio tríplice dos institutos estabeleceu a competência privativa do legislativo para a instituição regras sobre aposentadoria, proteção social ao trabalhador e à gestante, bem como disciplinou a aposentadoria compulsória dos funcionários públicos e sua aposentadoria por invalidez.

A Carta Outorgada do Estado Novo de 1937 manteve as regras de cunho previdenciário e assistencial do texto antecedente, e apenas adotou uma alteração formal, ao trocar a expressão previdência social por seguro social.

A Constituição de 1946, por sua vez, substituiu o termo seguro social, que vinha do texto da Carta de 1937, pela expressão previdência social. Outro fato que se destaca é que no art. 157 do texto da Constituição de então, em que consta no caput que “a legislação do trabalho e a da previdência social obedecerão nos seguintes preceitos (...)”, e elenca o rol de direitos sociais, em sua maioria garantias de cunho laboral em 17 incisos, com três exceções que garantem o acesso do trabalhador à saúde (XIV - assistência sanitária, inclusive hospitalar e médica preventiva, ao trabalhador e à gestante), e a garantias previdenciária (XVI - previdência, mediante contribuição da União, do empregador e do empregado, em favor da maternidade e contra as consequências da doença, da velhice, da invalidez e da morte) e assistencial (XV - assistência aos desempregados).

Percebe-se com isso que desde então já havia uma relação estreita entre os direitos à saúde, à previdência e à assistência.

Nos final da era Vargas, no primeiro de maio de 1954 o presidente expede o Decreto nº 35.448: Regulamento Geral dos Institutos de Aposentadoria e Pensão. A norma do executivo uniu os órgãos previdenciários com a uniformização das regras que tratavam da previdência social.

No governo de Juscelino Kubitschek foi criado o Ministério do Trabalho e da Previdência Social. Outro fator crucial para a uniformização do sistema previdenciário foi a edição da Lei nº 3.807/60: a Lei Orgânica da Previdência Social – LOPS.

A legislação nova buscou unificar as regras existentes e que diferenciavam os vários sistemas. Com isso os critérios de concessão dos benefícios dos institutos se tornaram os mesmos. Resultado desta uniformização foi que alguns benefícios acabaram sendo ampliados, como é o caso do auxílio – reclusão e o hoje extinto auxílio funeral.

Já no período da ditadura militar enfim foi criado um sistema único para gerir a previdência social no Brasil. Em 1966 foi editado o Decreto-Lei nº 72, que criou o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) para unificar o sistema de previdência regime geral, transferindo todo poder de decisão sobre questões que envolvessem a previdência social para apenas um órgão.

A Carta de 1967, no que diz respeito a direitos previdenciários, basicamente manteve o formato que havia até então.

As alterações mais significativas no período ocorreram no âmbito da legislação infraconstitucional. Exemplos de modificações relevantes ocorreram com a Lei nº 5.316/67, que inseriu o sistema de seguro de acidente de trabalho para o sistema previdenciário, com os Decretos-leis nº 564/69 e 7014/69, que ampliou o sistema previdenciário para abarcar os trabalhadores rurais, com o Programa de Assistência ao Trabalhador Rural, instituído através da Lei complementar nº11/71, e que fez com que os trabalhadores do campo adquirissem status de segurado da previdência.

Em 1972 a Lei nº 5.859 tornou obrigatória a inclusão dos empregados domésticos no sistema de previdência pública.

A alteração realmente relevante, em termos de política pública de seguridade social, ocorreu com o advento do SINPAS- Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social, através da promulgação da Lei nº 6.439 em 1977, com o fim de centralizar a gerência e integrar as atividades de assistência médica, de previdência social e assistência social, bem como gestão administrativa, financeira e patrimonial dos órgãos vinculados ao Ministério da Previdência e Assistência Social. O SINPAS era composto pelo INPS, INAMPS, LBA, FUNABEM, DATAPREV, IAPAS e a CEME. Este sistema de organização administrativa integrou o Estado brasileiro no período que antecedeu a Constituição de 1988, sendo que esta alterou a conformação administrativa e conferiu nova configuração aos meios de proteção social. Esta forma é a seguridade social, tema que foi analisado no capítulo 1.2, que trata do tema da proteção social.

3.2 A PREVIDÊNCIA SOCIAL NA CONSTITUIÇÃO DE 1988

A Constituição Federal de 1988 ganhou o pseudônimo de "Constituição Cidadã" por trazer uma série de inovações para o sistema legal brasileiro que priorizam a figura do indivíduo: a cidadania foi elevada a uma importância que em momento algum havia conquistado, passou a ser considerada um bem maior e um fim a ser conquistado por todos, e com isso ganhou *status* bem mais elevado que possuía anteriormente.

A percepção desta quebra de paradigmas que alterou a ordem legal vigente até então está na forma como as normas foram dispostas, com as garantias do cidadão, os direitos fundamentais dispostos antes das normas que definem a formação do Estado já indicam que o papel do cidadão sofreu considerável alteração. Diante deste cenário, no âmbito da proteção social as inovações também foram relevantes no sentido de priorizar o cidadão usuário do sistema de saúde pública, do segurado da previdência e do assistido.

Apesar das resistências governamentais, os constituintes, influenciados pelo ambiente político-social da abertura e com um discurso de que era preciso resgatar a enorme dívida social brasileira herdada do regime militar, aprovaram uma Constituição que procura garantir os direitos básicos e universais de cidadania, estabelecendo o direito à saúde, à assistência social, ao seguro-desemprego e à previdência em um capítulo específico – da Seguridade Social. (MARQUES et al., 2003).

Com as inovações que foram trazidas pela Constituição, que partem da forma a estruturar o novo modelo de proteção social, foi introduzida seguridade social no sistema legal, e que tem como objetivo principal garantir que todas as pessoas no Brasil tenham acesso a serviços gratuitos e de qualidade para cuidar da saúde física e mental, a serviços e benefícios previdenciários para todos àqueles que podem contribuir, e garantir que o fornecimento de ações e benefícios assistenciais para todos que necessitarem.

A seguridade social, gênero que abriga a espécie previdência, é considerada um direito humano, tanto em tratados e convenções internacionais quanto na Constituição Federal.

A importância conferida a seguridade social, e em especial a previdência, no texto da Constituição resulta do reconhecimento que todo cidadão possui o direito de gozar de uma velhice com dignidade, ao se afastar de suas atividades como trabalhador não signifique que o seu ingresso na indigência e na pobreza absoluta.

Deve-se considerar que a realidade nacional é de concentração de renda absurda, da existência de um grande abismo social, em que a ampla maioria das pessoas depende exclusivamente da venda de sua força de trabalho para poderem adquirir o mínimo para sobreviverem.

Diante desta realidade é que a Constituição optou em oferecer à sociedade um pacto social que garante aos cidadãos que quando eles não têm mais condições de oferecer a sua força de trabalho para poderem gerar riqueza, o Estado assume o seu papel de garantidor de uma maneira desses poderem sobreviver com dignidade.

Verifica-se, desta forma, que os direitos previdenciários constituem uma conquista civilizatória do capitalismo, constituindo um mecanismo de proteção daqueles que possuem somente a possibilidade de vender sua força de trabalho para poderem adquirir o que necessitam, e com isso assegura a manutenção da exploração dessa força de trabalho sem que o grande contingente de trabalhadores acabe na mais completa miséria diante de qualquer outra situação adversa que impeça a realização do trabalho.

É nesse sentido, portanto, que deve ser compreendida a garantia de proteção previdenciária por parte do Estado, constituindo regimes previdenciários organizados sob o sistema de repartição.

Essa forma que foi conferida ao sistema previdenciário determina o caráter social da previdência, pois se estrutura a partir da ampla solidariedade entre os trabalhadores, situação em que as contribuições vertidas por aqueles que estão trabalhando e contribuindo financiem os benefícios previdenciários para todos aqueles que não têm condições de se manter trabalhando, que precisaram se afastar de seus postos por circunstâncias sociais, como as doenças incapacitantes, acidentes que retiram a capacidade laboral, gravidez, idade avançada, entre outros.

O art. 3º da Constituição⁴, que define os objetivos da República, explicita no primeiro inciso o propósito de construção de uma sociedade livre, justa e solidária. O princípio da Solidariedade fundamenta a escolha do legislador pelo sistema de repartição para reger o custeio da seguridade, em contraponto ao sistema de capitalização. Nesse sentido, Guilherme Camargo Massaú defende que os “rastros da solidariedade não se encontram apenas no Art. 3, I, da CF, mas, implicitamente transpassam a CF em vários institutos”, e sustenta a assertiva com o exemplo da seguridade social, em “que sem a solidariedade por meio da arrecadação de impostos e da repartição financeira, seria inviável a efetivação e a manutenção de diversos direitos sociais”. (MASSAÚ, 2016, p 30)

Por isso se pode afirmar que este sistema adotado está em total sintonia com os objetivos explicitamente estabelecidos no texto da Lei Maior.

Ancorada no princípio da solidariedade, e tendo em vista o ônus financeiro necessário para que o Estado possa viabilizar as políticas de seguridade social, toda a sociedade é convocada para colaborar no financiamento da proteção social. Esta participação é realizada de maneira direta e indireta. A participação direta é implementada pelo adimplemento das contribuições sociais exigidas, instruídas por leis que observem os princípios constitucionais do sistema tributário nacional, cuja finalidade específica é o financiamento da seguridade social. A participação indireta ocorre com a dotação de recursos orçamentários, provenientes de arrecadação de impostos, das pessoas jurídicas de direito público de existência necessária.

Considerando que os cidadãos e as empresas conseguem a realização de seus objetivos graças a sua inserção em determinada comunidade, nada mais adequado que contribuam de forma significativa para a consolidação da paz social, para a qual a seguridade social tem um papel de enorme relevância. (VELLOSO, ROCHA e BALTAZAR, 2005, p. 50).

Assim, as políticas públicas na seara previdenciária ganharam em 1988 um *status* constitucional, e com a sua conformação baseada em princípios constitucionais como o da universalidade, da cobertura e do atendimento, da

⁴ Art. 3º Constituem objetivos fundamentais da República Federativa do Brasil:

I - construir uma sociedade livre, justa e solidária;

II - garantir o desenvolvimento nacional;

III - erradicar a pobreza e a marginalização e reduzir as desigualdades sociais e regionais;

IV - promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação.

uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais, da seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços, da irredutibilidade do valor dos benefícios, da equidade na forma de participação no custeio, da diversidade da base de financiamento, do caráter democrático e descentralizado da gestão administrativa, todos estes elencados no art. 194 do texto constitucional.

Esta forma de buscar o financiamento para execução de políticas públicas na seara da seguridade social foi uma inovação da Constituição de 1988. “O custeio da seguridade social até o advento da CF/88, era suportado somente pela União Federal” (COSTA, 2013). Sem a existência da seguridade social como hoje, a lógica do financiamento era diferente, a reunião do custeio para as áreas da saúde, previdência e assistência obrigou o Estado a encontrar a solução para garantir maior amplitude dos programas de proteção social.

Por esta razão que foram criadas as contribuições sociais, que os constituintes conferiram tratamento especial no art. 149 da Lei Maior. Esta forma *sui generis* de arrecadação gerou bastante controvérsia. Para parte minoritária da doutrina entende não se tratar de um tributo, por ter regime próprio com seus princípios condizentes ao objetivo que se propõem.

Para outra parcela significativa, quiçá majoritária, dos juristas e estudiosos da matéria, as contribuições sociais são *tributos* destinados a uma finalidade social específica, estabelecida em lei. Segundo Hugo Machado Brito, as CS são uma espécie de tributo com finalidade constitucional definida (COSTA, 2013, p. 174)

Dentre as contribuições sociais constitucionalmente definidas, pode-se afirmar que sua regra matriz encontra-se no art. 195 da CF/88 e conta com sete modalidades: 1 contribuição incidente sobre a folha de salários e demais rendimentos pagos pelo trabalho ou creditados a qualquer título, à pessoa física que lhe preste serviço, mesmo sem vínculo empregatício; 2 a contribuição incidente sobre a receita ou faturamento; 3 contribuição sobre o lucro; 4 contribuição do trabalhador e dos demais segurados da previdência social; 5 contribuição sobre a receita de concursos de prognósticos; 6 contribuição sobre a importação de bens ou

serviços do exterior e 7 contribuição sobre o resultado da comercialização da produção, dos segurados especiais.

Diante da inédita forma de arrecadação para financiar de novos direitos advindos com a Constituição, uma série de adequações legais se fizeram necessárias para que a estrutura administrativa pudesse dar cobertura aos novos direitos. Além de alterar a forma de financiamento da seguridade, a estrutura estatal que existia até então se tornou obsoleta, e com isso a estrutura antiga do SIMPAS foi extinta para permitir o surgimento de nova estrutura administrativa capaz de gerir a nova seguridade social.

Em abril de 1990, através da Lei 8.029 foi criado o Instituto Nacional do Seguro Social – INSS. O instituto com natureza jurídica autárquica, resultado da união do antigo INPS com o IAPAS, na época passou a ser atrelado ao Ministério da Previdência e Assistência Social, com a sua regulamentação legal exercida através do Decreto nº 99.350/90.

Em 24 de julho de 1994 então é editada a Lei de Benefícios da Previdência Social, Lei 8.213, ao mesmo tempo que a Lei 8.212, conhecida como a Lei do Custeio da Seguridade Social. Ambas são consideradas marcos da previdência social pós Constituição de 1988.

Dez anos após a promulgação da Constituição Cidadã, em 1998 ocorreu então uma considerável redução de direitos previdenciários que haviam sido dispostos no texto constitucional. Foi a primeira reforma da previdência, realizada através da Emenda Constitucional n. 20, de 15 de dezembro de 1998, e que introduziu profundas alterações no sistema previdenciário. Dentre elas, pode-se destacar a modificação dos critérios de aposentadoria para o servidor público e para o trabalhador da iniciativa privada; a vinculação da receita das contribuições previdenciárias ao pagamento dos benefícios, a previdência complementar, a mudança da aposentadoria por tempo de serviço para tempo de contribuição, etc.

A proteção social pretendida com a estrutura político administrativa da seguridade social, com ministérios, com INSS, SUS, SUAS, tem como objetivo conferir segurança à população em geral diante situações de certos riscos sociais, como a definição de seguridade social de Miguel Horvath Junior: “forma que o Estado tem de assegurar aos cidadãos, uma tutela de base, que cubra suas necessidades essenciais” (HORVATH, 2005, p.88).

A previdência, um dos três elementos que compõem a seguridade social, possui seus limites de atuação definidos no art. 201⁵ da Constituição Federal.

A previdência tem como objetivo a proteção dos eventos previstos no art. 201 da Constituição Brasileira, a saber: doença, invalidez, morte, idade, reclusão, proteção à maternidade, proteção ao desemprego involuntário, encargos familiares e acidente do trabalho. (HORVATH, 2005, p.88)

Para proteger os cidadãos dos eventos descritos na Constituição, o Estado brasileiro buscou implementar uma rede de políticas públicas que cumprissem este fim. A criação de um instituto, com natureza jurídica autárquica para gerir a execução destas políticas foi o meio para fazer com que através da concessão de benefícios, os meios de proteção social fossem distribuídos pelo território nacional. Desta forma, através do INSS são realizadas as políticas para que os objetivos traçados no art. 201 da Lei Maior sejam atingidos.

O arcabouço de normas que regulam direitos e obrigações dos segurados que integram o regime público de previdência é chamado de Regime Geral da Previdência Social (RGPS), e neste conjunto de regras encontram-se os benefícios, suas características, requisitos para que sejam concedidos, forma para que sejam requeridos, enfim, as diretrizes para que o sistema se mantenha e cumpra com o fim a que se destina.

Lembre-se aqui que ao INSS cabe tanto fazer o gerenciamento dos benefícios pagos através do RGPS quanto dos benefícios assistenciais. Em que pese terem motivações distintas, diferenças básicas (como o fato dos benefícios previdenciários exigirem uma contraprestação enquanto os assistenciais dispensam pagamentos prévios), razão pela qual se deve considerar que o Benefício de Prestação Continuada (BPC-LOAS) possui fundamento jurídico e regras totalmente distintas

⁵ Art. 201. A previdência social será organizada sob a forma de regime geral, de caráter contributivo e de filiação obrigatória, observados critérios que preservem o equilíbrio financeiro e atuarial, e atenderá, nos termos da lei, a: I - cobertura dos eventos de doença, invalidez, morte e idade avançada; II - proteção à maternidade, especialmente à gestante; III - proteção ao trabalhador em situação de desemprego involuntário; IV - salário-família e auxílio-reclusão para os dependentes dos segurados de baixa renda; V - pensão por morte do segurado, homem ou mulher, ao cônjuge ou companheiro e dependentes, observado o disposto no § 2º.

aqueles benefícios previdenciários, em que pese a atuação do INSS em todas as situações.

Os benefícios previdenciários estão na extremidade da cadeia de políticas públicas securitárias, que são o ponto de contato entre o Estado (INSS) e o segurado. A relação de benefícios previdenciários como se conhece hoje possui base legal na legislação que normatiza a matéria – Lei 8.213/1991, conhecida como Lei de Benefícios da Previdência Social. Em razão de terem naturezas distintas, o legislador optou por classificar entre os benefícios que são prestados diretamente aos segurados daqueles que são prestados aos seus dependentes.

O art. 18 da Lei de Benefícios arrola os benefícios do Regime Geral em aposentadoria por invalidez, aposentadoria por idade, aposentadoria por tempo de contribuição, aposentadoria especial, auxílio-doença, salário-família, salário-maternidade, auxílio-acidente, pensão por morte, auxílio-reclusão, serviço social e reabilitação profissional.

O sistema de previdência no Brasil apresenta uma série de obstáculos para manter prestando o seu desiderato conforme o texto constitucional. Em que pese a existência de dificuldades impostas por fatores externos, entende-se que há necessidade de maior inter-relação entre as áreas da seguridade (saúde, assistência e previdência) como forma de otimizar o atendimento e proporcionar economia ao Estado.

CAPÍTULO 4 A FALTA ARTICULAÇÃO ENTRE AS INSTITUIÇÕES QUE COMPÕEM A SEGURIDADE SOCIAL

Para proteger o bem-estar dos cidadãos dos riscos sociais o Estado brasileiro instituiu na Constituição de 1988 um título que confere as diretrizes sobre a ordem social. Esta tem como seu alicerce o primado do trabalho e como suas finalidades o bem-estar e a justiça social. Assim, em sintonia com princípios fundamentais constitucionais como o da dignidade da pessoa humana, da igualdade e da proteção do trabalho situa-se a Seguridade Social no segundo capítulo.

O texto constitucional garante o mecanismo de proteção do cidadão, que atua como um sistema para garantir a efetivação de políticas públicas nas áreas essenciais ao indivíduo, sem as quais, este estaria abandonado às mazelas das enfermidades, da incapacidade, do desemprego, da idade avançada, do cárcere, da miserabilidade, etc.

Esta forma de organização do texto constitucional foi inovadora. Foi com a promulgação da Constituição de 1988 que se observou a separação entre Direito da Seguridade Social e o Direito do Trabalho, ao se trazer para o bojo da Lei Maior um capítulo sobre a Seguridade Social (MARTINS, 2006, p.21).

Conforme a ordem estabelecida pela Constituição, as políticas públicas que cuidam da proteção social no Brasil atual estão concentradas na seguridade social que, nos termos do art. 194 do texto, é um “conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social” (BRASIL, 1988).

Restou estabelecido, portanto, que todo brasileiro possui direito a gozar de um sistema universal e gratuito de saúde, e que ofereça aos usuários práticas terapêuticas com serviços de qualidade, bem como a fazer parte de um sistema público de previdência que garanta efetiva proteção social, e de receber assistência material em situações crônicas de risco social.

Ao unir as políticas públicas das três áreas da Seguridade a Constituição buscou um meio de melhor efetivá-las e também de unificar as fontes de custeio. A Seguridade Social possui princípios constitucionais próprios, bem como uma lógica própria de financiamento, com recursos oriundos tanto da união quanto dos estados, municípios e distrito federal, e com contribuições sociais que incidem sobre os empregadores e as empresas, sobre a receita ou faturamento e sobre o lucro, bem como com a incidência sobre os rendimentos dos trabalhadores e segurados, sobre a receita de concursos de prognósticos e do importador de bens ou serviços.

A atuação em conjunto com maior integração e troca de informações proporciona maior eficiência para o sistema previdenciário. “A Saúde, a Previdência e a Assistência Social, embora integrem a Seguridade Social, apresentam certas especificidades, além de regras e princípios próprios”. (GARCIA, 2016, p.27)

A forma como o estado presta a saúde, através do SUS, apesar de inúmeras falhas existentes, ainda é a única forma de acesso a saúde de milhões de brasileiros que não contam com nenhuma assistência privada. A previdência social por sua vez, também é responsável por conferir dignidade para muitos aposentados, pensionistas e segurados em geral, que dependem dos valores recebidos através do INSS. A Assistência social também é responsável por evitar que milhares de cidadãos em estado social crítico caiam na situação de miserabilidade absoluta.

A saúde, garantida constitucionalmente como direito de todos e dever do Estado, é um direito eminentemente universal e gratuito, e que deve ser realizada através de políticas públicas que tanto previnam quanto protejam os cidadãos.

O SUS divide a responsabilidade, a gestão é compartilhada e a parte federal é realizada por meio do Ministério da Saúde, que formula as políticas públicas, mas a execução é realizada através de projetos, os quais contam com a participação dos demais entes, sociedade civil, fundações, entre outras entidades. No âmbito estadual a gestão ocorre com recursos próprios das Secretarias dos estados, que se somam aos que advêm da União, assim como estas atuam na coordenação e planejamento do SUS. E os municípios executam políticas na saúde com investimentos da União, dos estados e próprios, além de participarem da formulação de políticas em sintonia com os demais entes na formação do SUS.

Para a execução das políticas públicas no âmbito da seguridade, as áreas de atuação se distanciam, são realizadas através de órgãos distintos, com estruturas administrativas completamente diferentes, que são formuladas e geridas cada uma por um ministério.

Conforme anteriormente referenciado, a previdência social aqui referida é a instituída através do Regime Geral da Previdência Social (RGPS), é uma espécie de seguro social, de cunho essencialmente contributivo e atua na concessão de uma série de benefícios para cidadãos que preencham os requisitos legalmente estabelecidos, ou seja, concede aposentadorias, pensões e auxílios para segurados ou seus dependentes.

As políticas públicas que irão promover a previdência social são elaboradas pelo Ministério da Economia, e sua gestão está a cargo do INSS, entidade autárquica com autonomia

A assistência social possui caráter não contributivo e sua atuação primordial é o benefício de prestação continuada (BPC), que foi instituído pela Lei n. 8.792 de 1993 – Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS). Embora seja constitucionalmente garantida, a efetivação de políticas na seara da assistência social ocorreu somente oito anos depois da Lei Maior, como leciona José Ricardo Costa: “o único benefício de trato continuado que esta Lei instituiu foi regulado, da mesma forma, bastante tardiamente: somente em 1996” (COSTA, 2013, p.168)

A assistência social tem a formulação de suas políticas públicas na Secretaria Especial do Desenvolvimento Social, órgão do Ministério da Cidadania. A gestão de sua política de distribuição de renda do benefício de prestação continuada (BPC) está a cargo do INSS, enquanto outros programas, como Bolsa Família, são geridos pela própria secretaria acima mencionada.

O benefício de prestação continuada garante ao cidadão que não possui meios de prover a própria manutenção nem possui pessoas na família que possam supri-la, o direito de receber um salário-mínimo nacional por mês. Para tanto deve demonstrar ou possuir alguma deficiência ou contar com idade de sessenta e cinco anos ou mais e, em ambas as situações, a família perceba renda mensal *per capita* inferior a um quarto do salário-mínimo.

Em que pese tenham muitas afinidades, estas três áreas poderiam manter maior comunicação e maior troca de informações, melhorando a análise dos dados da Seguridade Social. Ao observar a atuação dos órgãos responsáveis pela execução de políticas públicas na Seguridade Social, é perceptível que inexistente articulação efetiva entre o INSS e o SUS.

Certos benefícios previdenciários estão diretamente relacionados com determinadas condições de saúde, caso do auxílio doença e aposentadoria por invalidez. Infelizmente não há comunicação entre os órgãos do INSS e do SUS no que se refere às demandas de auxílio-doença comum ou dos acidentários.

Levando-se em conta que a seguridade social possui orçamento próprio, que seus recursos têm origem nas contribuições sociais em sentido estrito, é natural a constatação que os valores a serem destinados na saúde, previdência e assistência têm a mesma origem. O entrelaçamento entre as áreas de atuação da Seguridade Social são bastante visíveis na Constituição, e começam com um orçamento comum, com uma norma constitucional que os unifica, mas que acabam por se distanciarem no momento da execução das políticas públicas para oferecer saúde, benefícios previdenciários e assistenciais.

É esta identidade de origem no texto da Constituição, a forma como a Seguridade Social foi pensada, estruturada e positivada confere a grande correlação entre saúde, previdência e assistência social no sistema legal.

A seguridade social possui princípios próprios que orientam igualmente os três segmentos, saúde, previdência e assistência social, conferindo assim semelhanças cruciais entre os três eixos. O próprio texto constitucional elenca no parágrafo único do art. 194 os objetivos relativos à seguridade, como a universalidade da cobertura e do atendimento, a uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais, a seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços, a irredutibilidade do valor dos benefícios, a equidade na forma de participação no custeio, a diversidade da base de financiamento, bem como o caráter democrático e descentralizado da administração..

Ao unir as políticas públicas das três áreas da Seguridade a Constituição buscou um meio de melhor efetivá-las e também de unificar as fontes de custeio.

A identidade entre as três áreas vai além da origem legal ou na Constituição Federal, mas em vários aspectos, como a necessidade de fazer análise médica para avaliar as condições de saúde do cidadão.

Enquanto a área da saúde pública se preocupa diretamente com a situação física e mental dos pacientes, com o bem estar de cada indivíduo, a previdência e a assistência têm na saúde um dos fatores que orientam a decisão acerca da concessão de benefícios. As condições de saúde do segurado/assistido determinam quem deve receber o benefício, considerando as situações descritas na Constituição como eventos que devem receber cobertura ou proteção do Estado.

A avaliação da saúde é um elemento que transita entre as três áreas da seguridade social. Ocorre que, como estas áreas são executadas distintamente, uma avaliação do SUS pode ser completamente diferente da avaliação do INSS, mesmo que se trate do mesmo indivíduo.

A análise por profissionais distintos, com objetivos completamente diferentes (muitas vezes conflitantes), faz com que o mesmo Estado apresente respostas diferentes para o mesmo caso. Enquanto a estrutura estatal responsável pela saúde analisa e soluciona problemas relativos ao estado físico e mental do cidadão/paciente, a previdência e a assistência avaliam a capacidade do cidadão/segurado através da análise do seu estado físico e mental para conceder os benefícios mais solicitados.

A área da saúde é a mais abrangente se considerarmos os três pilares que formam a área de atuação da seguridade no Brasil, pois atua de inúmeras formas na vida de todos os brasileiros, independente de sua vontade. A previdência possui uma atuação mais restrita, já que para participar de seu quadro de benefícios o cidadão deve estar na qualidade de filiado, e cumprir com requisitos (tempo, valores pagos como contribuição, etc). E a assistência, em que pese ser uma área que dispensa qualquer contribuição, exige que o cidadão seja maior de 65 anos, ou deficiente e em situação de miséria quase absoluta.

Os benefícios previdenciários mais solicitados – auxílio doença previdenciário e aposentadoria por invalidez – têm como requisito para concessão a perda da capacidade de trabalho em razão de alteração na saúde. Um dos requisitos para que o cidadão receba o benefício assistencial de prestação continuada, descrito na Lei Orgânica da Assistência Social - Lei 8.742/93, é ser pessoa com deficiência, que pode ser física, mental, intelectual, ou sensorial de longo prazo, que vede a sua atuação na sociedade nas mesmas condições que os demais.

Um princípio que também afeta a seguridade integralmente, tanto a saúde como a previdência é o da universalidade.

O princípio da universalidade norteia tanto a previdência quanto a saúde, e consiste em promover indistintamente o acesso ao maior número possível de benefícios, na tentativa de proteger a população de todos os riscos sociais previsíveis e possíveis (FILIPPO, 2012).

Embora seja reconhecido na área da saúde como “princípio da universalidade do SUS” e na previdência como “princípio da universalidade da cobertura e do atendimento”, possui potência para causar efeito nas três vertentes da seguridade.

A universalidade é vislumbrada sob o aspecto subjetivo, acessível a todas as pessoas que trabalham no território nacional – e por via reflexa a seus descendentes – e sob o aspecto objetivo buscando atender a todos os riscos sociais previstos no Plano de Benefícios mediante uma contribuição única dos trabalhadores. O princípio da universalidade, o qual também inspira a organização da seguridade social, irá adquirir algumas tonalidades específicas na previdência, na assistência e na saúde. Quando se cogita da previdência social, espécie notoriamente contributiva do gênero seguridade social, não se prescinde da necessária participação econômica do segurado, sem a qual o sistema não seria viável, razão pela qual estamos frente a uma universalidade mitigada. De outro giro, a universalidade da previdência social, quanto ao acesso, não significa, obrigatoriamente, a concessão de um direito igual, para todos os trabalhadores, de receber benefícios exatamente nas mesmas condições. (ROCHA e BALTAZAR JUNIOR, 2005, .37)

O princípio da universalidade tem por objetivo tornar acessível a seguridade social a todas as pessoas residentes no país, inclusive estrangeiras, respeitando, o caráter contributivo do gênero da seguridade social, que não prescinde participação econômica do segurado.

O princípio da universalidade também é aplicado na área da saúde como um princípio finalístico, que determina uma meta estatal que é garantir o acesso de todos os brasileiros, empregados ou não, ricos ou pobres, a receber bens e serviços que protejam e tratem a sua saúde e bem estar.

A universalidade, portanto, é um princípio finalístico, ou seja, é um ideal a ser alcançado, indicando, portanto, uma das características do sistema que se pretende construir e um caminho para sua construção. Para que o SUS venha a ser universal é preciso se desencadear um processo de universalização, isto é, um processo de extensão de cobertura dos serviços, de modo que venham, paulatinamente, a se tornar acessíveis a toda a população. (TEIXEIRA, 2011, p 03)

Outro fator que demonstra existir estreita relação entre saúde, previdência e assistência é que por comporem o Estado, a formulação de suas políticas públicas não deve deixar de considerar o Princípio da Economicidade.

Quando o médico vinculado ao SUS emite uma informação sobre a situação física ou psíquica de seu paciente está fazendo o papel do Estado em fornecer meios para preservação da saúde. Este paciente, ao necessitar provar sua situação perante o INSS, será submetido a outra avaliação, na maioria das vezes muito mais superficial, para demonstrar sua condição. A dupla avaliação por duas estruturas, por dois profissionais, ou duas equipes de profissionais, evidentemente gera um custo maior, tanto para o cidadão que se submete quanto para o Estado, que arca com, as despesas. Isso é uma clara demonstração de falta de economicidade.

No que se refere ao princípio da economicidade, o qual está exposto no art. 70 da Constituição da República⁶, é a característica de alguma coisa que pode ser realizada com um custo baixo, que causa a economia de valores. Esta característica, ao lado da eficiência, deve ser sempre observada quando se fala em administração pública.

O gestor público deve, por meio de um comportamento ativo, criativo e desburocratizante tornar possível, de um lado, a eficiência por parte do servidor, e a economicidade como resultado das atividades, impondo-se o exame das relações custo/benefício nos processos administrativos que levam a decisões, especialmente as de maior amplitude, a fim de se aquilatar a economicidade das escolhas entre diversos caminhos propostos para a solução do problema, para a implementação da decisão (BUGARIN *apud* BARRETO FILHO, 2013)

Então, uma das formas de adequar a realidade ao princípio acima referido é através do aumento da interação entre os órgãos que formam a seguridade. Com maior compartilhamento de informações e com o aproveitamento de laudos do SUS perante o INSS, haveria redução de custos, gerando um serviço mais barato para o Estado, e mais fácil e prático para o cidadão.

Ao analisar a dinâmica de atuação da seguridade social, se percebe que a legislação sobre o custeio determina que a arrecadação deve ser unificada. No entanto, quando se trata da execução das políticas de seguridade, a atuação ocorre de forma separada, através estruturas administrativas distintas.

A atuação em conjunto na realização das políticas públicas, com maior integração e troca de informações, pode proporcionar maior eficiência para o sistema previdenciário. A saúde, a previdência e a assistência social, embora

⁶ Art. 70. A fiscalização contábil, financeira, orçamentária, operacional e patrimonial da União e das entidades da administração direta e indireta, quanto à legalidade, legitimidade, economicidade, aplicação das subvenções e renúncia de receitas, será exercida pelo Congresso Nacional, mediante controle externo, e pelo sistema de controle interno de cada Poder. Parágrafo único. Prestará contas qualquer pessoa física ou jurídica, pública ou privada, que utilize, arrecade, guarde, gerencie ou administre dinheiros, bens e valores públicos ou pelos quais a União responda, ou que, em nome desta, assumas obrigações de natureza pecuniária.

integrem a Seguridade Social, apresentam certas especificidades, além de regras e princípios próprios. (GARCIA, 2016, p.27).

A falta de inter-relação entre os órgãos estatais que avaliam a saúde, seja o SUS, seja o INSS, ocasiona situações de gasto excessivo de recursos. Como consequência desta desarticulação é o grande número de indeferimentos de pedidos por inexistência de procedimentos vinculados a área da saúde, como exames, próteses, órteses, cirurgias, enfim, atividades realizadas através do SUS. A demora ou a omissão na entrega destes procedimentos para disponibilizar ao INSS acaba por frustrar a análise mais apurada da situação dos segurados, vindo a frustrar os pedidos.

Outro fator que deve ser considerado é que o contato do usuário com a rede de saúde do SUS envolve vários profissionais com o objetivo de resolver o problema de saúde que o acomete. Com isso a equipe pode perceber as condições reais da saúde do paciente. Já no caso do encontro com o médico-perito do INSS, que analisa a capacidade laboral, a relação é de verificação do que foi alegado no pedido com a situação do segurado, o tempo é curto. Considerando o âmbito judicial, em que “a Perícia Médica Judicial passou a ser determinante na tomada de posição do Juiz em se tratando das ações que buscam a concessão de benefícios por incapacidade /invalidez/deficiência dos autores/segurados”. (COSTA, 2014, p. 11), maior integração SUS e INSS poderia minimizar esta situação.

A ausência de inter-relação para aproveitamento de informações entre os órgãos que avaliam a saúde dos cidadãos também é bastante prejudicial se for analisada pelo ponto de vista do indivíduo que é usuário do SUS e que pretende solicitar um benefício que depende de avaliação do estado de saúde.

Para trazer um exemplo é que se descreve a situação bastante recorrente, de quem perde a capacidade para trabalhar por um acidente e é usuário do SUS (que detém informações da real situação da sua saúde). No momento que procura uma agência do INSS para requerer um benefício por incapacidade, a autarquia previdenciária não tem acesso direto a todas as informações que foram conferidas ao SUS.

Esta é ainda mais evidente em casos de transtornos mentais, uma das grandes mazelas do público que se socorre da previdência. São situações que de fato retiram a capacidade laboral, casos de depressão e alcoolismo são bastante usuais nos pedidos de benefícios por incapacidade.

Ocorre que se estas pessoas são usuários do sistema de saúde pública, os profissionais que atuam em unidades básicas, ou em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), detêm muito mais condições de avaliar a capacidade laboral destes pacientes por terem acesso ao histórico deles.

A avaliação por parte da equipe multidisciplinar do sistema de saúde é muito mais eficiente, resulta em economia e aumenta muito a ocorrência de análises corretas, que resultam em resultados mais justos e condizentes com a realidade..

4.1 ANÁLISE DA RELAÇÃO ENTRE SUS E INSS

Os benefícios previdenciários mais comuns, de maior incidência no país são aqueles que dependem de prova de uma situação que envolve a saúde. Exemplos são auxílio-doença, auxílio-acidente e aposentadoria por invalidez. Para tanto o INSS possui em seu quadro uma categoria especializada em conferir a situação dos segurados, que são os médicos peritos do Instituto.

O SUS, por sua vez possui uma rede descentralizada que oferece de forma universal e gratuita o serviço e tratamento de saúde, seja através de Unidade Básica de Saúde, de Unidades de Pronto Atendimento, seja através dos CAPS, enfim, confere uma rede para cuidar da saúde de todos.

Os benefícios previdenciários diretamente relacionados com determinadas condições de saúde, chamados de benefícios por incapacidade, superlotam os balcões das agências da autarquia previdenciária. Ao mesmo tempo a rede pública de saúde enfrenta um contingente de pessoas muito além de sua capacidade, em especial nos grandes centros. São duas situações descritas e que poderiam cooperar, mas infelizmente não há comunicação entre os órgãos do INSS e do SUS no que se refere às demandas destes benefícios.

Consequência desta desarticulação reflete nas decisões de indeferimentos de pedidos de benefícios por inexistência de procedimentos vinculados a área da saúde, como exames, próteses, cirurgias e atividades realizadas através do SUS. A demora ou a omissão na entrega destes procedimentos para disponibilizar ao INSS acaba por frustrar a análise mais apurada da situação dos segurados, vindo a frustrar os pedidos.

Ademais, o contato do segurado com o médico do SUS pode ter uma conotação diferente daquela experimentada com o médico-perito do INSS, podendo ser demonstrada uma situação mais próxima da realidade. Considerando o âmbito judicial, em que “a Perícia Médica Judicial passou a ser determinante na tomada de posição do Juiz em se tratando das ações que buscam a concessão de benefícios por incapacidade/invalidez/deficiência dos autores/segurados”, (COSTA, 2014, p. 11), maior integração entre SUS e INSS poderia trazer resultados positivos até mesmo para o Judiciário.

A situação na esfera da assistência social não é diferente. O principal benefício assistencial pago no país é o benefício de prestação continuada (BPC), que tem como requisito para que o assistido receba um salário-mínimo mensal demonstrar ser pessoa com deficiência ou ao idoso com 65 anos ou mais e que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção nem de tê-la provida por sua família.

Nos casos de cidadãos que buscam benefícios assistenciais em razão de deficiência, a situação é ainda mais grave. O parágrafo 2º do art. 20 da Lei 8.742/93, alterado pelo Estatuto da Pessoa com Deficiência (Lei 13.146/15), estabelece que a deficiência exigida deve ser de “longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial”⁷. Tal situação poderia ser mais facilmente demonstrado para um profissional atuante junto ao SUS, ainda mais uma equipe multidisciplinar, que para um perito do INSS em curtíssimo período de tempo.

⁷ Art. 20. O benefício de prestação continuada é a garantia de um salário-mínimo mensal à pessoa com deficiência e ao idoso com 65 (sessenta e cinco) anos ou mais que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção nem de tê-la provida por sua família (...)

§ 2o Para efeito de concessão do benefício de prestação continuada, considera-se pessoa com deficiência aquela que tem impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas. (BRASIL, 2015)

Desta forma, o SUS atua como relevante fator para a concessão de benefícios previdenciários, em especial os que verificam a incapacidade laboral cujos destinatários apresentam alguma deficiência ou incapacidade. Assim, uma análise mais apurada acerca da falta de inter-relação entre a autarquia previdenciária e o sistema de saúde pode apresentar respostas para aumentar a celeridade em processos de concessão de benefícios por incapacidade além de influenciar diretamente em seus resultados.

A ideia de compartilhar a estrutura da seguridade, em especial meios de avaliação de condições de saúde, já teve seu início institucionalmente em meados de 2016, com o decreto nº 8.691/16, que trouxe alterações consideráveis para os benefícios por incapacidade.

O referido decreto buscou adequar a realidade dos segurados que enfrentam longos períodos na fila de espera para marcação de perícia médica com a rede de serviços oferecidos pelo SUS. Evidente que ante da demora do INSS quem sofre o prejuízo é o segurado, que passa por este período (que pode chegar a cinco meses) sem receber o benefício.

As razões para a demora são várias e sua análise bastante complexa. Inegável que o problema da demora é recorrente, principalmente nos grandes centros urbanos. E aquele segurado que tem no benefício previdenciário uma tábua de salvação ante a cessação da capacidade de trabalho é quem passa meses na fila para marcação de perícia para receber o auxílio.

Inovação relevante trazida pelo Decreto nº 8.691/16 foi a possibilidade de concessão de auxílio-doença decorrente da recepção da documentação médica do segurado, situação em que o benefício será concedido com base no período de recuperação indicado pelo médico do segurado, que pode ser vinculado ao sistema público de saúde ou mesmo particular.

A segunda medida adotada foi para casos em que impossível o atendimento do beneficiário pelo INSS antes do fim do período de recuperação indicado pelo médico assistente, este está autorizado a voltar ao trabalho no dia seguinte à data indicada pelo seu médico, ou seja, alta independente de realização de perícia médica.

A terceira medida – e que tem maior impacto no sistema previdenciário - foi a possibilidade de realização de convênios entre o INSS e o SUS para a realização de perícias médicas.

Com o fim de dar agilidade aos pedidos administrativos de auxílio doença, o Decreto nº 8.681/16 possibilita ao segurado incapacitado para o trabalho ou atividade habitual por mais de 15 dias que seja submetido a avaliação pericial por profissional médico integrante de órgão e entidades públicos que integram o Sistema Único de Saúde.

A medida veio para regulamentar a alteração legal trazida pela Lei 13.135/15, que alterou o §5º do art. 60 da Lei nº 8.213/91 (Lei de Benefícios da Previdência Social). Com isso o decreto inicia o processo de regulamentar a possibilidade de cooperação entre os três campos que formam a seguridade social.

As alterações na dinâmica de análise de provas dentro do contexto da seguridade provocada com a edição do Decreto nº 8.691/16 demonstrou que o aumento da inter-relação entre suas vertentes é bastante benéfico e deve ser estimulado com medidas, como a adoção da perícia biopsicossocial como regra para benefícios por incapacidade e benefícios assistenciais, que visem aumentar a colaboração entre os órgãos, em benefício do sistema público de saúde, da previdência social e para os usuários destes sistemas.

4.2 – A PROBLEMÁTICA TRAZIDA PELA EC N. 95/16: O AUMENTO DA DISTÂNCIA ENTRE AS ÁREAS QUE COMPÕEM A SEGURIDADE SOCIAL

A compreensão da situação atual das políticas públicas no âmbito da seguridade social passa obrigatoriamente pela análise das alterações no sistema legal pelo governo brasileiro nos últimos 3 anos. A adoção de medidas com caráter neoliberal, como a Emenda Constitucional que limita o orçamento público, EC 95/16, bem como a proposta de alteração constitucional através da PEC 06/2019, chamada de “reforma da previdência”, para redução de direitos previdenciários, claramente reduzem a atuação estatal na seguridade social.

A Emenda Constitucional 95/2016, medida adotada para limitar os gastos públicos causa impacto direto em todas as políticas públicas, e nas áreas mais frágeis, como na seguridade social, impacta consideravelmente os direitos sociais. A alteração constitucional instituiu o chamado “novo regime fiscal” na legislação, com a inserção dos artigos 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 113 e 114 ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias da Constituição.

A alteração no sistema legal estabeleceu que as despesas primárias (gastos que possibilitam que o governo preste os serviços à sociedade, com a exclusão de juros e vencimentos da dívida pública) passam a ser limitadas pela variação do índice da inflação (IPCA). A medida que teve sua aplicação iniciada em 2017 terá duração de 20 anos.

O impacto desta medida na seguridade é que ao determinar que o orçamento para gastos com políticas públicas não terá aumento real, mas somente correção inflacionária, o governo inviabiliza qualquer avanço no setor. Com o considerável aumento das demandas, e a redução do investimento, a tendência é o governo dispor de menos condições para executar políticas de proteção social.

Com a matriz ideológica calcada em ideais neoliberais, a redução da capacidade do Estado em investir na seguridade é um dos objetivos. Para tanto está explícito o limite imposto aos gastos em saúde no art. 110 dos Atos da Disposições Constitucionais Transitórias:

Art. 110. Na vigência do Novo Regime Fiscal, as aplicações mínimas em ações e serviços públicos de saúde e em manutenção e desenvolvimento do ensino equivalerão:

I - no exercício de 2017, às aplicações mínimas calculadas nos termos do inciso I do § 2º do art. 198 e do caput do art. 212, da Constituição Federal; e

II - nos exercícios posteriores, aos valores calculados para as aplicações mínimas do exercício imediatamente anterior, corrigidos na forma estabelecida pelo inciso II do § 1º do art. 107 deste Ato das Disposições Constitucionais Transitórias. (BRASIL, 1988)

Com a redução de financiamento de áreas ligadas aos direitos fundamentais, a medida ataca a realização destes direitos, o que é vedado pela Constituição. Todo direito possui um custo, uma contraprestação que exige que o Estado invista para garantir que será cumprido.

Nos direitos relativos à seguridade, em especial na saúde e na assistência social, áreas de natureza não contributiva, a dependência das políticas públicas com o investimento é ainda mais visível.

O congelamento das despesas primárias, que afetarão diretamente a educação e a saúde no Brasil, corrobora uma tese há muito defendida no âmbito da Teoria Geral dos Direitos Fundamentais (SOARES, 2015), que é preciso dispor de recursos no Orçamento Público para efetivar direitos fundamentais. Essa necessidade acentua-se no caso dos direitos sociais prestacionais, pois estes implicam prestações positivas do Estado, que geram serviços e produtos disponíveis gratuitamente aos cidadãos. (SOARES, 2018, p. 203)

Assim, a medida de que impede o aumento do valor disponível para despesas primárias causa retrocesso em relação às políticas públicas. A vedação ao retrocesso é expressamente vedada pelo Pacto Internacional de Direitos Econômicos Sociais e Culturais (PIDESC), e que o Brasil é signatário e encontra-se internalizado através do Decreto nº 591/92.

Com a redução de investimento em diversas áreas, a participação do Estado em políticas públicas voltadas a seguridade será cada vez menor, fazendo com que os serviços prestados sejam prejudicados. Se a percepção geral acerca dos serviços na área da saúde pública já era ruim, com a redução do investimento a atuação do SUS restará bastante prejudicada.

Frente as alterações da EC 95/16, ainda que a economia brasileira se recupere, ainda que as receitas públicas voltem a crescer, os investimentos sociais,

e na seguridade se manterão dentro do teto fixado, inviabilizando qualquer avanço social.

Além de retirar investimentos da seguridade, a onda neoliberal que assola o país busca alterar completamente o sistema de previdência pública. Durante o governo de Michel Temer foi proposta a “reforma da previdência” através da PEC 287/16, com uma série de medidas de redução de direitos previdenciários. Como o projeto não logrou êxito e a sua extinção ocorreu sem que atingir o objetivo de reduzir os direitos previdenciários.

Com a mudança de governo e o início de um governo ainda mais voltado para o interesse das corporações, com índole neoliberal ainda mais evidente, em janeiro de 2019 foi apresentado pelo executivo ao Congresso Nacional uma nova proposta de emenda à Constituição, a PEC 06/2019, que visa implementar no país um modelo de previdência nos moldes da proposta neoliberal.

A proposta para o futuro da previdência no Brasil possui estreitas ligações ideológicas com o que pregavam os teóricos do neoliberalismo, é a versão moderna do que foi preconizado pela tríade Friedman, Hayek e Mises⁸ no século passado.

Em estudo sobre o tema da influência dos ideais neoconservadores sobre políticas públicas na área previdenciária, José Ricardo Costa aponta os três economistas como principais precursores da ideologia neoconservadora, que hoje combate políticas sociais e defende o estado mínimo.

Fazendo uma breve incursão no neoconservadorismo, especialmente na figura de seus três maiores precursores: Ludwig Von Mises, Milton Friedman e Friedrich August Von Hayek, veremos o quanto eles abominam a ideia de o Estado intervir nas políticas sociais de seguridade e assistência, eis que o mercado, em uma economia totalmente livre, regularia todas as questões pendentes. (COSTA, 2015, p. 87-88)

⁸ Milton Friedman, Friedrich Hayek e Ludwig von Mises foram economistas que são considerados os maiores expoentes do movimento chamado neoliberalismo, ou neoconservadorismo, que sustenta a redução do Estado no que se refere a políticas sociais.

Percebe-se que a proposta neoliberal ainda possui adeptos, e está avançando em vários países nos últimos anos, e isto inclui nações da América Latina, inclusive o Brasil.

Com a ascensão da razão neoliberal e o estabelecimento do Estado Pós-Democrático, o mercado foi elevado à posição de principal regulador do mundo-da-vida. O mercado tornou-se o eixo orientador de todas as ações, uma vez que foi elevado a núcleo fundamental responsável por preservar a liberdade econômica e política. Os bens, as pessoas, os princípios e as regras passaram a ser valorizados apenas na condição de mercadorias, isto é, passaram a receber o tratamento conferido às mercadorias a partir de seu valor de uso e de troca. Deu-se a máxima desumanização inerente à lógica do capital, que se fundamenta na competição, no individualismo e na busca do lucro sem limites. (CASARA, 2018, p.39-40)

Em recente artigo publicado em março de 2019, Marco Aurélio Serau Junior e José Ricardo Caetano Costa analisaram os quatro pilares que sustentam a proposta do sistema previdenciário. O primeiro ponto é o fim da solidariedade, peça chave da proposta de reforma, e visa a substituição do sistema de proteção social atual, de índole bismarkiana e que está presente na previdência brasileira desde sua gênese nos anos 1920, por um modelo privado de capitalização, com feição individual.

Não se trata meramente de um jogo opositor entre solidarismo versus individualismo. Trata-se, isto sim, de avaliar a própria viabilidade de um sistema que é gerenciado pelas instituições bancárias e financeiras, hoje as principais devedoras da Seguridade Social, em um país de instabilidade institucional como o Brasil, em que a garantia do emprego está mais próxima à ficção, em que o Estado não possui o mínimo rigor na fiscalização e cobrança das obrigações empresariais e fiscais. (SERAU JUNIOR e COSTA, 2019)

O segundo ponto é o esvaziamento da seguridade social como “conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social” idealizada no Texto de 1988. Com a alteração a “perde sua condição de política pública e social, passando a ser um mero sistema de poupança individual” (SERAU JUNIOR e COSTA, 2019).

O terceiro ponto faz referência à redução drástica dos valores dos benefícios, pois a manutenção do fator previdenciário para o cálculo dos benefícios será somado ao sistema de pontos que foram instituídos pela Lei n. 13.183/15.

O fator previdenciário, fórmula aplicada no cálculo da aposentadoria, considera o tempo de contribuição, idade e a expectativa de sobrevida, tem o efeito de reduzir o valor do benefício. “Na prática, o fator previdenciário representou uma espécie de pedágio, que reduz o benefício do segurado que antecipa seu pedido de aposentadoria”. (LIMA, et al., 2012, p. 131)

A Lei n. 13.183/15 trouxe a Fórmula 85/95 para minimizar os efeitos do fator previdenciário, criando uma alternativa. Para terem direito ao benefício, os segurados devem alcançar 95 pontos, se homens, ou 85 pontos, se mulher, não esquecendo que o mínimo de contribuição seria 35 e 30, respectivamente. “Com efeito, não há dúvidas que a Lei n. 13.183/15 foi uma forma de amainar os efeitos drásticos da Lei n. 9876/99, tão criticada, tão atacada, mas até então não revogada.” (SERAU JUNIOR e COSTA, 2019).

A proposta da PEC 06/19 mantém o fator previdenciário no cálculo e ainda exige que o segurado atinja, para em vários benefícios, o requisito da Fórmula 85/95. A proposta associa a aplicação do fator previdenciário ao requisito da fórmula 85/95, sendo que esta nova lógica de cálculo causará drástica redução nos valores dos benefícios.

E o quarto pilar da EC 06/19 apontado pelos pesquisadores foi o “gatilho” aplicado em quase todos os benefícios previdenciários e até nos assistenciais, deixando para lei complementar estabelecer a forma de ajuste no futuro.

Com efeito, já temos suficientes estudos acumulados que nos permitem relativizar este critério trazido pelas tabelas do IBGE. Seja no que respeita a especificidade da população (vulnerável) que utiliza e depende destas políticas públicas, seja pela própria metodologia utilizada nestas aferições. Logo, se achamos absurdo retroagirmos a idade inicial de 70 anos para pedido dos benefícios assistenciais, assim como o era quando da edição da Lei n. 9872/93, essa idade pode ainda ser mais elevada futuramente. (SERAU JUNIOR e COSTA, 2019)

Esta forma de retirar da Constituição a regra de ajuste futuro retira a segurança jurídica do sistema, é bastante prejudicial para os segurados, que poderão ser surpreendidos com novas regras a qualquer momento, bastando votação no congresso através do voto da maioria dos parlamentares.

A proposta de emenda à Constituição é extremamente lesiva, não apenas aos segurados. Muitos municípios, em especial o pequenos, sofrerão drástica redução no fluxo de dinheiro que circula na economia local. Os efeitos deletérios dessa proposta extrapolam os limites da proteção social e das políticas públicas, e atingem toda cadeia econômica nacional.

Assim, diante de um panorama de poucos recursos financeiros para custear as políticas públicas, é ainda mais necessária a implantação de medidas para reduzir custos e ainda aumentar a qualidade do serviço, como ocorre com a perícia biopsicossocial no âmbito da seguridade.

4.3 A PERÍCIA BIOPSIKOSSOCIAL COMO FATOR DE INTEGRAÇÃO DA SAÚDE, PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL

Diante do cenário atual, uma das medidas que poderiam manter a seguridade é a alteração do método utilizado para avaliar as condições de saúde dos segurados ou assistidos, e com a participação da área de saúde. Na medida em que as três áreas da seguridade se reaproximam para resolver um dos maiores problemas que enfrenta, o gargalo da perícia médica, através da perícia biopsicossocial ou

complexa, os seus custos tendem reduzir. Este modelo pericial é descrito por José Ricardo Costa como aquele

que prima pela consideração dos aspectos diversos em que os sujeitos-cidadãos estão envolvidos: sua realidade social, econômica, pessoal, ambiental, os diversos acessos que dispõe (ou não), tais como a informação, à programação de transferências de renda, bem como as barreiras (também diversas) que estes enfrentam em seu cotidiano. (COSTA, 2018).

Grande parte dos pedidos que chegam ao INSS dizem respeito a benefícios por incapacidade, o que exige a análise das condições de saúde do segurado. Situação semelhante ocorre no âmbito da assistência social, em que a os pedidos de benefício assistencial de prestação continuada, em razão de deficiência acabam sendo encaminhados à perícia médica.

A forma como as perícias são realizadas, com reduzido tempo de contato do perito com o segurado, há muito tempo geram insatisfação diante dos segurados,

Em perícias rápidas, sem a análise mais detida de cada segurado e suas circunstâncias, os médicos nem sempre especialistas nas áreas respectivas, emitiam seus vereditos de forma também rápida, por vezes contraditória e lacunosa.

O sistema pericial, historicamente, passou a ser vinculado a um serviço técnico, frio, insensível à dor e ao sentimento humano dos segurados. O distanciamento dos peritos, inclusive aconselhável para a obtenção de um melhor resultado, fizeram com que o ato pericial se tornasse um ato mecânico: o segurado é ou não é incapaz ou inválido para o trabalho. (MAUSS e COSTA, 2018, p.122)

O modelo de perícia médica previdenciária já se mostrava com uma série de problemas, e as reclamações vinham de todos os lados envolvidos na relação. Um

dos sintomas da lógica pericial atual é a desconfiança que existe, tanto do médico perito quanto do segurado. “a desconfiança, nesse caso recíproca, havida entre as partes e, histórica e culturalmente alimentada no tempo, torna-se, ao nosso ver, um empecilho” (COSTA, 2014).

Pode-se considerar que a situação piorou ainda mais com as Medidas Provisórias 639/16 e 767/17 (chamada de MP do pente fino), esta última convertida na Lei 13.457/17, que aumentou consideravelmente a quantidade de perícias realizada, demonstrando que o problema no setor era real e ficava cada vez mais grave.

O principal fundamento para que o sistema previdenciário público passe a adotar a metodologia da perícia multidisciplinar é para que as análises estejam em sintonia com posições adotadas pelo país no que se refere ao conceito de incapacidade e de deficiência. A avaliação das funções e estruturas do corpo, que são facilmente percebidas através do ato pericial, é insuficiente considerando as alterações conceituais trazidas pela Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, emitida pela Organização Mundial de Saúde.

Ocorre que o conceito de incapacidade e de deficiência sofreu uma significativa alteração no último decênio, notadamente a partir de 2001 quando a Organização Mundial de Saúde (OMS) emitiu a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). A CIF deve ser vista conjuntamente com a CID-10, que fornece um modelo etiológico das condições de saúde. Seu fundamento repousa na fixação dos critérios de avaliação baseados em dois domínios: funções e estruturas do corpo e atividades e participação (CIF-CJ, 2011, p. 35). Talvez o maior mérito da CIF seja ter agregado outros elementos relacionados ao estado de saúde, dando outro enfoque ao que se denomina de incapacidade e deficiência. (COSTA, 2014, p. 36)

Diante desses novos padrões, a compreensão do conceito de doença foi atualizada, já que realiza uma análise que extrapola a patologia, e vai até a falta de saúde do cidadão, avaliando condições sociais e dificuldades enfrentadas

diariamente. “São essas barreiras e condições, por sua vez, que impedem o acesso ao mercado de trabalho” (COSTA, 2018, p. 14)

Esta forma de analisar a situação do segurado de uma perspectiva mais ampla, considerando a saúde em interação com aspectos sociais e ambientais.

Segundo a perspectiva biopsicossocial, deficiência nasce de contextos sociais específicos e pode ser definida pelas barreiras encontradas pelo indivíduo ao executar tarefas cotidianas básicas ou mais complexas, necessárias a uma vida independente. Importante ressaltar que se trata de uma abordagem aplicável a um amplo leque de situações e condições de saúde, agudas ou crônicas, em interação com o meio, não se restringindo a perdas estruturais ou de funções tradicionalmente consideradas como deficiências. (DUARTE, 2017)

A perícia médica da autarquia previdenciária está no centro do processo administrativo de análise para concessão de benefícios, é que surge a perspectiva de aplicação de uma nova sistemática para avaliar as condições de saúde dos segurados/assistidos: a perícia biopsicossocial.

A proposta de implementar uma política pública que integre saúde, previdência e assistência social vem criando corpos no meio acadêmico, e sua viabilidade técnica é indiscutível. Aliás, entende-se ser bastante salutar que o segurado seja submetido a uma análise multidisciplinar para ter assegurado o seu direito de ser avaliado sob o viés de vários profissionais, aumentando a abrangência da perícia.

Conforme a patologia deflagradora desse cenário, são necessários não só exames laboratoriais como uma anamnese social, ou seja, conhecimento da vida em ambiente social do requerente do benefício, qual sua família, onde ele reside, grupo do qual faz parte, escola em estuda, empresa em que presta serviços etc., dados mais completos de sua personalidade. (MARTINEZ, 2016, p. 128)

Ao mesmo tempo em que confere um serviço de qualidade, tanto para o usuário quanto para a autarquia, a perícia biopsicossocial ainda gera economia de processos e redução de custo.

O procedimento para solicitar o benefício seria diferente da forma como é hoje, e o seu início ocorre nas Unidades Básicas de Saúde, nas equipes multidisciplinares formadas por médicos, psicólogos, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, entre outros. Como refere Costa,

Com efeito, podemos afirmar, sem dúvida alguma, que a Perícia Médica é insuficiente, eis que incompleta, para apontar a incapacidade de um indivíduo. Essa constatação, a partir dessa perspectiva biopsicossocial somente pode ser fornecida de forma interdisciplinar, vez que envolve outros aspectos que não o etiológico. (COSTA, 2014, p.142)

O resultado desta análise realizada coletivamente é encaminhado para a autarquia, através de laudo multidisciplinar eletrônico, com a devida segurança que possuem os formulários eletrônicos. Para validação dos pedidos de benefícios previdenciários ou assistenciais bastaria a emissão do laudo multidisciplinar.

Segundo esta nova metodologia procedimental, os segurados e pretendentes dos benefícios assistenciais seriam avaliados pelas equipes multidisciplinares já atuantes nas Unidades Básicas de Saúde, especialmente pelas equipes da Estratégia da Saúde da Família (ESF), bem como dos Centros de Atendimento Psicossociais (CAPs). O laudo multidisciplinar emitido por estas equipes seria suficiente para a validação dos pedidos iniciais dos auxílios-doença, comum ou acidentário (B-31 e B-91, respectivamente), bem como para a concessão inicial dos benefícios assistenciais, por idade ou por incapacidade douradura/deficiência (B-88 e B-87). (COSTA, 2019, p.13)

Dentre as vantagens da perícia multidisciplinar está a provável redução da quantidade de ações judiciais previdenciárias, em razão do usuário do SUS optar por entrar com o pedido de benefício através dos postos de saúde ou dos CAPs. Quem desejar solicitar o benefício por incapacidade sem o devido fundamento, será barrado na triagem dos profissionais da saúde. Com isso pode-se considerar que as vantagens se estendem até o judiciário.

Outro benefício no qual poderia ser utilizada a Perícia Social é a pensão por morte, quando a dependência não é presumida. Nestes casos, que envolvem pedidos de reconhecimento de uniões estáveis, homoafetivas, pensão para maiores inválidos, entre outros casos, a avaliação social serviria para subsidiar ao juízo dos pressupostos que ensejariam a concessão deste benefício. O Assistente Social, no estudo social a seu encargo, poderia realizar entrevistas, ouvir os vizinhos dos conviventes, seus parentes, amigos etc. Fruto disso, resultaria em um Relatório, Parecer ou Laudo Social, que poderia subsidiar o juiz na fundamentação da sentença. (COSTA, 2018, p. 37)

A inter-relação entre as áreas da seguridade é essencial para que esta nova metodologia procedimental possa ser posta em prática. Existem meios para melhorar a sistemática de perícias do INSS, e com isso analisar com mais profundidade a realidade do segurado, gerar economia e maior eficiência, e para tanto deve haver maior colaboração entre SUS e INSS na construção da perícia biopsicossocial.

A realidade que as políticas sociais em geral enfrentam hoje é bastante complicada, a posição do Poder Executivo neste ano de 2019 é no sentido de redução drástica da participação do Estado nas políticas sociais, a restrição orçamentária é uma realidade, há possibilidade de supressão dos direitos previdenciários.

Diante desse cenário, ainda mais importante a defesa desse novo modelo de perícia previdenciária, com a associação de todos os segmentos que compõem a

seguridade, com o objetivo de melhora do sistema, com decisões mais próximas da realidade dos segurados, com mais economia e eficiência para a autarquia.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A seguridade social brasileira está estruturada na Constituição da República, com fundamento na união das áreas da saúde, previdência e assistência social. Esta forma de compreender as políticas públicas na área da seguridade fundou um grande instrumento para coordenar políticas públicas de caráter social.

Para analisar a temática da seguridade a primeira questão a ser tratada foram as políticas públicas. Partindo da concepção que as políticas públicas são as ações que os Estados executam de forma a cumprir com seus objetivos, buscou-se observar como estas políticas evoluíram no tempo no espectro mundial, para perceber a evolução das políticas públicas na área da seguridade social no Brasil bem como a forma como o Estado brasileiro se organizou para tratar destas questões.

Ao descrever a evolução da assistência social, se percebe que sua origem no Brasil está associada à filantropia, e em 1942 ocorreu o primeiro passo para a institucionalização. Mas foi somente com Constituição de 1988 que a assistência ganhou status de norma constitucional, passando a integrar a seguridade, que sai políticas passara a ser efetivas.

No que se refere a área da saúde, esta foi observada no contexto das políticas públicas, considerando a forma como os Estados tratam do tema, tanto em um cenário de Estado de bem-estar social como neoliberal. E então foi observada a evolução das políticas públicas em saúde no Brasil, onde se percebe que esta é relativamente recente, teve início em 1808, e que evoluiu consideravelmente com a criação de seu sistema unificado. Nas referências acerca das políticas em saúde no Brasil contemporâneo, foi observada sua realidade frente a restrições orçamentárias impostas, bem como a influência do mercado na forma como a população compreende a questão da saúde, e o prejuízo provocado pelo fenômeno de excessiva judicialização para resolução de questões envolvendo políticas em saúde pública.

Tratando-se da previdência social, primeiramente foram realizadas observações acerca da previdência social, uma análise histórica, da Lei Eloy Chaves

(1923), considerada o marco histórico da previdência no Brasil, até o final dos anos 1980. Parte-se, então, a descrever a nova fase do para os direitos sociais no Brasil, com o advento da Constituição Cidadã, que trouxe uma estrutura de financiamento inédita e com princípios constitucionais próprios.

Começa-se a analisar a necessidade de ampliação da inter-relação entre assistência, saúde e previdência, elementos que compõem o seguro social, demonstrando que o aumento na comunicação, o aproveitamento de documentos, a utilização da estrutura do SUS para auxiliar na análise de casos pelo INSS pode ser bastante benéfica para todo sistema de seguridade.

Ao considerar problemas atuais da seguridade social, em especial a Emenda Constitucional 95/2016, que determinou um teto de gastos e com isso limitou o orçamento de políticas públicas, e a Proposta de Emenda Constitucional que desmonta a previdência como se conhece hoje, se percebe a influência da ideologia neoliberal, bem como aponta medidas que poderão acabar com o formato de previdência que se conhece hoje.

Apresenta-se, enfim, uma forma de redução de gastos com melhora na prestação do serviço do INSS, com maior aproximação do sistema com a realidade vivenciada pelos segurados: perícia biopsicossocial. Uma forma de aumentar a inter-relação entre SUS e INSS, em que as informações que o cidadão fornece ao sistema de saúde poderão ser utilizadas pela previdência.

Assim, frente à redução de direitos sociais, a busca por medidas que venham melhorar o sistema de seguridade social é, a cada dia, mais necessária.

6 REFERENCIAS

BARRETO FILHO, Sérgio Alberto. **O estudo dos Princípios da Eficiência, Eficácia e Economicidade na Administração Pública**. In: *Âmbito Jurídico*, Rio Grande, XVI, n. 112, maio 2013. Disponível em: http://www.ambitojuridico.com.br/site/?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=12851. Acesso em 14 de abril de 2019.

BARROSO, Luís Roberto. “Da falta de efetividade à judicialização excessiva: direito à saúde, fornecimento gratuito de medicamentos e parâmetros para a atuação judicial”. *Conjur*, 2007. Disponível em <https://www.conjur.com.br/dl/estudobarroso.pdf>, acesso em 19 de agosto de 2016.

BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria. “História da saúde pública no Brasil: a trajetória do direito à saúde”. In MATTA, Gustavo; PONTES, Ana Lúcia, (Org.) **Políticas de saúde: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde**. Organizado por Gustavo Matta e Ana Lúcia Pontes. Rio de Janeiro: Fiocruz. 2007. Disponível em: http://www.retsus.fiocruz.br/upload/publicacoes/pdtsp_3.pdf, acessado em 20 de agosto de 2016.

BATICH, Mariana. Previdência do trabalhador: uma trajetória inesperada. **São Paulo em Perspectiva**, v. 18, n. 3, p. 33-40, 2004. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-88392004000300004&lng=en&nrm=iso, acessado em 24 de maio de 2019.

BATISTELLA, Carlos. “Abordagens contemporâneas do conceito de saúde”. In: **O território e o processo saúde-doença**. Organizado por Angélica Ferreira Fonseca e Anamaria D’Andrea Corbo. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Fiocruz; Rio de Janeiro, 2007. p. 51-86. Disponível em: http://dihs.ensp.fiocruz.br/documentos_dihsadmin/Batistella,_Carlos_-_Abordagens_Contempor%C3%A2neas_do_Conceito_de_Sa%C3%BAde.pdf, acessado em 24/01/2019.

BICCA, Patrícia Moraes e COSTA, José Ricardo Caetano. “Os direitos sociais assistenciais e a dignidade da pessoa humana.” In **Juris / Faculdade de Direito**,

Universidade Federal do Rio Grande. – Vol. 23 - 2015 – Editora FURG, Rio Grande, 2015.

BOSCHETTI, Ivanete. **Seguridade social no Brasil: conquistas e limites à sua efetivação.** Disponível em http://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/seguridade_social_no_brasil_conquistas_e_limites_a_sua_efetivacao_-_boschetti.pdf, acesso em 12/dez./2017.

BRAGA, Juliana Toralles dos Santos. **Reforma previdenciária: neoliberalismo versus direitos sociais previdenciários. Qual caminho desejamos tomar?** Juruá. Curitiba, 2018.

BRASIL. Constituição. República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Senado Federal, 05 out. 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm .

BRASIL. Constituição dos Estados Unidos do Brasil, de 10 de novembro de 1937. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao37.htm

BRASIL. Decreto nº 4.682, de 24 de janeiro de 1923. Crea, em cada uma das empresas de estradas de ferro existentes no paiz, uma caixa de aposentadoria e pensões para os respectivos empregados. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/historicos/dpl/DPL4682-1923.htm, acessado em 10 de abril de 2019.

BRASIL. Lei nº 8.742 de 07 de dezembro de 1993. Lei Orgânica da Assistência Social - LOAS. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8742compilado.htm, acessado em 23 de abril de 2019.

BRASIL. Lei ° 13.146 de 06 de julho de 2015. Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm, acessado em 20 de abril de 2019.

CASARA, Rubens R R. **Estado pós-democrático: neo-obscurantismo e gestão dos indesejáveis.** 3ª edição, Civilização Brasileira. Rio de Janeiro, 2018.

COSTA, José Ricardo Caetano. **Previdência: os direitos sociais no cenário neoliberal**. Juruá Editora, Curitiba, 2010.

_____. **Direito do Trabalho e Direito Previdenciário: Subsídios ao Trabalho Social**. Paco Editorial, Jundiaí, 2013.

_____. **Perícia biopsicossocial: perspectivas de um novo modelo Pericial**. Plenum, Caxias do Sul, 2014.

_____. “Perícia biopsicossocial: reflexões para a efetivação dos direitos sociais previdenciários por incapacidade laboral a partir de um novo paradigma” ?” In **Juris / Faculdade de Direito, Universidade Federal do Rio Grande**. – Vol. 21. Editora da FURG, Rio Grande, 2014.

_____. **Perícia biopsicossocial: aplicabilidade, metodologia, casos concretos**. LTr Editora, São Paulo, 2018.

_____. “A seguridade precisa ser biopsicossocial: apontamentos para uma construção inter e multidisciplinar”. In: **Perícia biopsicossocial: um enfoque inter e multidisciplinar**. Coordenado por José Ricardo Caetano Costa. São Paulo: Editora LTr, p. 13-19, 2018.

COSTA, José Ricardo Caetano e ISQUERDO, Ana Maria. “**O direito à assistência social enquanto política pública: gênese, trajetória, construção e contradições de um direito**”. In *Direitos sociais e políticas públicas IV organização CONPEDI/UFPB*; coordenadores: Manoel Messias Peixinho, José Washington de Moraes Medeiros, Alexandre Henrique Salema Ferreira. – Florianópolis: CONPEDI, 2014. Disponível em <http://publicadireito.com.br/artigos/?cod=3e0cb4a1171e1be5>, acessado em 10/03/2019.

COMPARATO, Fábio Konder. **A Constituição Mexicana de 1917**. In *Direitos Humanos Net*. Disponível em <http://www.dhnet.org.br/educar/redeedh/anthist/mex1917.htm>. Acesso em 20 de dezembro de 2018.

CURY, Carlos Roberto Jamil. “A constituição de Weimar: Um capítulo para a educação”. **Educação e Sociedade**, v. 19, n. 63, p. 83-104, Campinas, 1998. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-73301998000200006&lng=en&nrm=iso . Acesso em 11 de dezembro de 2018.

DUARTE, Cristina Maria Rabelais et al.. “Proteção social e política pública para populações vulneráveis: uma avaliação do Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social - BPC no Brasil”. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 11, p. 3515-3526, 2017. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017021103515&lng=en&nrm=iso. Acesso em 01 de maio de 2019.

DUARTE, Marina Vasques. **Direito Previdenciário**. Verbo Jurídico, Porto Alegre, 2008.

ECCHI, Leonardo. **Política públicas – Conceitos, Esquemas de Análise, Casos Práticos**. Cengage Learning. São Paulo, 2011.

FERRARI FILHO, Fernando; TERRA, Fábio. As disfunções do capitalismo na visão de Keynes e suas proposições reformistas. **Revista de Economia Contemporânea - Instituto de Economia da UFRJ**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 271-295, 2011. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-98482011000200003&lng=en&nrm=iso, acesso em 09 de maio de 2019.

FERRERAS, Norberto. “A escravidão depois da escravidão: a questão do trabalho compulsório na constituição das organizações internacionais no período de entre guerras”. **Tempo - UFF**, v. 22, n. 41, p. 488-508, dezembro de 2016. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-77042016000300488&lng=en&nrm=iso. Acesso em 09 de dezembro de 2017.

FILIPPO, Filipe de. **Os princípios objetivos da Seguridade Social à luz da Constituição Federal**. Acessado em http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=2012, em 09 de maio de 2016.

FIGUEIREDO, Betânia Gonçalves. “Barbeiros e cirurgiões: atuação dos práticos ao longo do século XIX”. **História, Ciência, Saúde - Manguinhos**, Rio de Janeiro , v.

6, n. 2, p. 277-291, Oct. 1999. Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59701999000300003&lng=en&nrm=iso. Acesso em 08 de abril de 2019.

FLORES, Gustavo, MENUCCI, Júlia Monfardini. “A desaposentação e a questão dos proventos auferidos pelos beneficiários: dever de restituição ou verba alimentar?” In **Juris / Faculdade de Direito, Universidade Federal do Rio Grande**. – Vol. 25. Editora da FURG. Rio Grande, 2016.

FONSECA, Pedro Cezar Dutra. “Keynes: o liberalismo econômico como mito”. **Economia e Sociedade - Instituto de Economia da UNICAMP**, Campinas, v. 19, n. 3, p. 425-447, 2010. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-06182010000300001&lng=en&nrm=iso, acesso em 14 de maio de 2019.

GARCIA, Gustavo Filipe Barbosa. “Saúde no contexto dos Direitos Fundamentais e da Seguridade Social”. In: **Direito e Saúde: construindo a justiça social**. Coordenado por Marco Aurélio Serau Junior, Maria Claudia Crespo Brauner e José Ricardo Caetano Costa. LTr, p.27, São Paulo, 2016.

GRAVINIS, Claudete Rodrigues Teixeira, e GAUBERT, Leonardo Rodrigues. “Financiamento da seguridade social: as contribuições sociais sobre a receita, o faturamento e o lucro”. In **Juris, Faculdade de Direito, Universidade Federal do Rio Grande**, Vol 26 (jul - dez. 2016) – Editora FURG, Rio Grande, 2016.

HOCHMAN, Gilberto. “Logo ali, no final da avenida: Os sertões redefinidos pelo movimento sanitarista da Primeira República”. **História da Ciência da Saúde - Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 5, supl. p. 217-235, 1998. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-b59701998000400012&lng=en&nrm=iso. Acesso em 18 de abril de 2019.

HORVATH JÚNIOR, Miguel. **Direito previdenciário**. 5º edição. Editora Quartier Latin, São Paulo, 2005.

LIMA, Diana Vaz de; WILBERT, Marcelo Driemeyer; PEREIRA, José Matias e PAULO, Edilson. “O impacto do fator previdenciário nos grandes números da previdência social”. **Revista Contabilidade e Finanças**. [online]. USP, São Paulo,

2012, vol.23, n.59, p.128-141. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-70772012000200005&lng=en&nrm=iso, acesso em 17/04/2019.

MARQUES, Rosa Maria; BATICH, Mariana; MENDES, Áquila. “Previdência social brasileira: um balanço da reforma”. **São Paulo em Perspectiva**, v. 17, n. 1, p. 111-121, 2003. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-88392003000100011&lng=en&nrm=iso . Acesso em 20 de março de 2019.

MARSHALL, Thomas Humphrey. **Cidadania, classe social e status**. Zahar Editores, Rio de Janeiro, 1967.

MARTINEZ, Wladimir Novaes. **Perícia médica: aspectos práticos e jurídicos**. Editora LTr. São Paulo. 2016.

MARTINS, Sergio Pinto. **Fundamentos de Direito da Seguridade Social**. Atlas, São Paulo, 2006.

MASSAU, Guilherme Camargo. “Solidariedade como elemento essencial para a sustentabilidade na perspectiva do direito” **Revista direito à sustentabilidade**, v. 2, n. 4,- Universidade Estadual do Oeste do Paraná. Foz do Iguaçu, 2016. Disponível em <http://e-revista.unioeste.br/index.php/direitoasustentabilidade/article/view/14621>.

MAUSS, Adriano; COSTA, José Ricardo Caetano. **Aposentadoria especial dos deficientes – aspectos legais, processuais e administrativos**. 2ª edição. LTr Editora, São Paulo. 2018.

OLIVEIRA, Ana Lúcia. “IAPB e sindicato: duas estruturas interligadas”. **Revista de Sociologia e Política**, Curitiba, n. 13, p. 141-151, 1999. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-44781999000200011&lng=en&nrm=iso. Acesso em 10 de junho de 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, Constituição, 1946. Disponível em <http://www.who.int/library/services/es/>, acesso em 15 de março de 2019.

PEPE, Vera Lúcia Edais; FIGUEIREDO, Tatiana de Aragão; SIMAS, Luciana; OSORIO-DE-CASTRO, Claudia Garcia Serpa, e VENTURA, Míriam. “A

judicialização da saúde e os novos desafios da gestão da assistência farmacêutica”. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.15, nº 5, Rio de Janeiro, 2010. Disponível em <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000500015>, acessado em 10 de junho de 2019.

PEREIRA, Potyara Amazoneida Pereira. Política social do segundo pós-guerra: ascensão e declínio. **Serviço Social e Saúde**, v. 9, n. 2, p. 1-21, 7 maio 2015.

ROCHA, Daniel Machado da; BALTAZAR Junior, José Paulo. **Comentários à Lei de Benefícios da Previdência Social**. 5 ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2005.

SA, Dominichi Miranda de. “Uma interpretação do Brasil como doença e rotina: a repercussão do relatório médico de Arthur Neiva e Belisário Penna (1917-1935).” **História da Ciência da Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro , v. 16, supl. 1, p. 183-203, July 2009. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702009000500009&lng=en&nrm=iso. Acessado em 29 de abril de 2019.

SCLIAR, Moacyr. “História do Conceito de Saúde” **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 17(1):29-41, 2007

SEGRE, Marco e FERRAZ, Flávio Carvalho. “O conceito de saúde” in **Revista de Saúde Pública**, Volume: 31, Número: 5, Publicado: 1997, acessado em 20 de março de 2019 e disponível em <https://www.scielosp.org/article/rsp/1997.v31n5/538-542/pt/#ModalArticles>.

SENNA, Mônica de Castro Maia, MONNERAT, Giselle Lavinias. “O setor saúde e os desafios à construção da seguridade brasileira”. In **Trabalho e Seguridade Social: percursos e dilemas**. Organizado por Elaine Rossetti Behring e Maria Helena Tenório de Almeida. Rio de Janeiro: Cortez Editora 193-213, 2010

SERAU JUNIOR, Marco Aurélio; COSTA, José Ricardo Caetano. **Os pontos (obscuros) de ancoragem da nova reforma previdenciária-assistencial**. In **Previdência Total**, 2019. Disponível em <http://www.previdenciatotal.com.br/integra.php?noticia=12867>, acessado em 22 de maio de 2019.

SOARES, Hector Cury. O novo regime fiscal e o direito fundamental à saúde: violação da progressividade e da proibição de retrocesso. **Espaço Jurídico Journal of Law [EJL]**, 19(1), 201-216. 2018 Disponível em <https://portalperiodicos.unoesc.edu.br/espacojuridico/article/view/12952/pdf>, acessado em 22/05/2019.

SOUTO, Lúcia Regina Florentino e OLIVEIRA, Maria Helena Barros de. “Movimento da Reforma Sanitária Brasileira: um projeto civilizatório de globalização alternativa e construção de um pensamento pós-abissal”. **Saúde em Debate** [online]. 2016, v. 40, n. 108 Acessado 11 de Abril 2019 pp. 204-218. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104-20161080017>.

SOUZA, Celina. Políticas públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**, Porto Alegre, ano 8, nº 16, jul/dez 2006, p. 20-45, acessado em 17/04/2019 em <http://www.scielo.br/pdf/soc/n16/a03n16>.

TANAKA, Oswaldo Yoshimi e OLIVEIRA, Vanesa Elias de. **Reforma(s) e Estruturação do Sistema de Saúde Britânico: lições para o SUS. 2007**. In <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v16n1/02.pdf>

TEIXEIRA, Carmen. “Os princípios do sistema único de saúde”. Texto de apoio elaborado para subsidiar o debate nas Conferências Municipal e Estadual de Saúde. Salvador, Bahia, 2011.

VAITSMAN, Jeni; ANDRADE, Gabriela Rieveres Borges de e FARIAS, Luis Otávio. “Proteção social no Brasil: o que mudou na assistência social após a Constituição de 1988”. **Ciência Saúde Coletiva** [online, vol.14, n.3, pp.731-741, 2009.

VELLOSO, Andrei Pitten, ROCHA, Daniel Machado da; BALTAZAR Junior, José Paulo. **Comentários à Lei do custeio da Seguridade Social: Lei 8.212, de 24 de julho de 1991, atualizada até a LC 118/2005**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2005.

WAILLA, Liane de Alexandre. **SUS (Sistema Único de Saúde): conquistas, desafios políticos e bioética**. Juruá Editora, Curitiba, 2018.