

JORGE DE ANDRADE JUNQUEIRA NETO

UMA ANÁLISE SOBRE O IMPACTO DO AUXÍLIO-DOENÇA NAS CONTAS DO INSS

Monografia apresentada ao curso de Graduação em Ciências Econômicas, Setor de Ciências Sociais Aplicadas, Universidade Federal do Paraná como requisito parcial para a obtenção do grau de Bacharel em Ciências Econômicas.

Orientador: Prof. Dr. José Guilherme Silva Vieira

**CURITIBA
2007**

TERMO DE APROVAÇÃO

JORGE DE ANDRADE JUNQUEIRA NETO

UMA ANÁLISE SOBRE O IMPACTO DO AUXÍLIO-DOENÇA NAS CONTAS DO INSS

Monografia aprovada como requisito parcial à conclusão do curso de Ciências Econômicas, Setor de Ciências Sociais Aplicadas da Universidade Federal do Paraná, pela seguinte banca examinadora:

Orientador:


Prof. Dr. José Guilherme Silva Vieira


Prof. Dr. Mariano Matos de Macedo


Prof. Leonardo Jianoti

CURITIBA
2007

SUMÁRIO

LISTA DE TABELAS.....	ii
LISTA DE SIGLAS.....	iii
RESUMO.....	v
1. INTRODUÇÃO.....	01
2. A SEGURIDADE SOCIAL E A PREVIDÊNCIA.....	04
3. CRESCIMENTO DAS CONCESSÕES DE AUXÍLIO-DOENÇA.....	09
4. PERFIL DO BENEFICIÁRIO DO AUXÍLIO-DOENÇA	15
5. IMPACTOS NO FLUXO DE CAIXA DO INSS	19
6. CONCLUSÕES.....	25
7. REFERÊNCIAS	26

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – VALORES DO FATOR PREVIDENCIÁRIO.....	08
TABELA 2 – NUMERO DE BENEFÍCIOS CONCEDIDOS PELO INSS.....	09
TABELA 3 – QUANTIDADE DE EXAMES CLÍNICO-GERAIS REALIZADOS PELO INSS.....	11
TABELA 4 – QUANTIDADE DE EXAMES COMPLEMENTARES REALIZADOS PELO INSS.....	12
TABELA 5 – QUANTIDADE DE BENEFÍCIOS CESSADOS.....	13
TABELA 6 – PERFIL DAS CONCESSÕES DO AUXÍLIO-DOENÇA POR GÊNERO E POR IDADE.....	15
TABELA 7 – TEMPO DE RECEBIMENTO DE AUXÍLIO-DOENÇA.....	17
TABELA 8 – DISTRIBUIÇÃO POR CLIENTELA NAS CONCESSÕES DE AUXÍLIO-DOENÇA.....	18
TABELA 9 – QUANTIDADE DE AUXÍLIO-DOENÇA.....	19
TABELA 10 – PROPORÇÕES DO AUXÍLIO-DOENÇA.....	20
TABELA 11 – FLUXO DE CAIXA DO INSS.....	20
TABELA 12 – DESPESAS DO INSS EM RELAÇÃO AO PIB.....	22
TABELA 13 – EXPECTATIVA DE VIDA AO NASCER.....	24
TABELA 14 – EXPECTATIVA DE SOBREVIDA.....	24

LISTA DE SIGLAS

AEPS	– ANUÁRIO ESTATÍSTICO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL
BACEN	– BANCO CENTRAL DO BRASIL
CAT	– COMUNICAÇÃO DE ACIDENTE DO TRABALHO
CDP	– CERTIDÃO DE DÍVIDA PÚBLICA
CID	– CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE DOENÇAS
COFINS	– CONTRIBUIÇÃO PARA O FUNDO DE INVESTIMENTO SOCIAL
CPMF	– CONTRIBUIÇÃO PROVISÓRIA SOBRE MOVIMENTAÇÃO FINANCEIRA
CSLL	– CONTRIBUIÇÃO SOCIAL SOBRE O LUCRO LÍQUIDO
DA	– DATA DO ACIDENTE
DATAPREV	– EMPRESA DE TECNOLOGIA E INFORMAÇÕES DA PREVIDÊNCIA SOCIAL
EC	– EMENDA CONSTITUCIONAL
EFPP	– ENTIDADES FECHADAS DE PREVIDÊNCIA PRIVADA
EGU	– ENCARGOS GERAIS DA UNIÃO
EPU	– ENCARGOS PREVIDENCIÁRIOS DA UNIÃO
FGTS	– FUNDO DE GARANTIA POR TEMPO DE SERVIÇO
FIES	– FUNDO DE INCENTIVO AO ENSINO SUPERIOR
FINSOCIAL	– FUNDO DE INVESTIMENTO SOCIAL
FNS	– FUNDO NACIONAL DE SAÚDE
IBGE	– FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA
INSS	– INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

LC	– LEI COMPLEMENTAR
LOAS	– LEI ORGÂNICA DA ASSISTÊNCIA SOCIAL
MPAS	– MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL
NB	– NÚMERO DE BENEFÍCIO
NIT	– NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHADOR
ORTN	– OBRIGAÇÕES REAJUSTÁVEIS DO TESOIRO NACIONAL
PASEP	– PROGRAMA DE FORMAÇÃO DO PATRIMÔNIO DO SERVIDOR PÚBLICO
PIB	– PRODUTO INTERNO BRUTO
PIS	– PROGRAMA DE INTEGRAÇÃO SOCIAL
PNAD	– PESQUISA NACIONAL POR AMOSTRA DE DOMICÍLIOS
RAIS	– RELAÇÃO ANUAL DE INFORMAÇÕES SOCIAIS
REFIS	– PROGRAMA DE RECUPERAÇÃO FISCAL
RGPS	– REGIME GERAL DE PREVIDÊNCIA SOCIAL
RMV	– RENDA MENSAL VITALÍCIA
RPPS	– REGIMES PRÓPRIOS DE PREVIDÊNCIA SOCIAL
SIMPLES	– SISTEMA INTEGRADO DE PAGAMENTO DE IMPOSTOS E CONTRIBUIÇÕES DAS MICROEMPRESAS E DAS EMPRESAS DE PEQUENO PORTE
SINPAS	– SISTEMA NACIONAL DE PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL
SINTESE	– SISTEMA INTEGRADO DE TRATAMENTO ESTATÍSTICO DE SÉRIES ESTRATÉGICAS
SPC	– SECRETARIA DA PREVIDÊNCIA COMPLEMENTAR
SRF	– SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL
SUSEP	– SUPERINTENDÊNCIA NACIONAL DE SEGUROS PRIVADOS

RESUMO

Este trabalho propõe uma reflexão a respeito do crescimento explosivo do número de concessões de auxílio-doença, um benefício do INSS que visa garantir renda ao segurado diante da impossibilidade de trabalhar, por motivo de saúde. Verifica-se que após medidas tomadas no sentido de melhorar a situação atuarial da previdência social, a emenda constitucional número vinte e a lei do fator previdenciário, não seria desejável uma aposentadoria precoce, desviando a demanda por benefícios programados para o auxílio-doença. Sendo a despesa do INSS em 2006 de 7,9% do PIB, o auxílio-doença respondendo por 50,44% da quantidade de benefícios concedidos e 55,98% do valor pago até julho de 2007, pode-se imaginar a dimensão do tema e a importância de um trabalho integrado de várias áreas visando diminuir o impacto causado no déficit da previdência.

INTRODUÇÃO

O tema previdência está em pauta em nosso país desde os tempos da Lei Eloy Chaves de 1923, que instituiu a previdência social no Brasil, passando pela criação do ministério do trabalho, indústria e comércio nos anos 30 que geraria um grande avanço em assuntos previdenciários, até a unificação administrativa de diversos institutos em 1960 com a Lei Orgânica de Previdência Social – LOPS. O INSS foi criado em 1990, com a junção das entidades que formavam o SINPAS (Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social): o INPS (Instituto Nacional de Previdência Social) e o IAPAS (Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social).

A Previdência Social é um sistema de proteção que garante as condições para que o trabalhador possa manter seu sustento e de sua família no caso de não poder trabalhar, seja por causa de doença, acidente, gravidez, prisão, morte ou velhice. Segundo a Constituição de 1988, alterada pela Emenda Constitucional nº. 20 de 1998, a Seguridade Social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade destinado a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e a assistência social. Segundo o Ministério da Previdência e Assistência Social, compete ao poder público, basear a seguridade social nos seguintes objetivos:

- I. Universalidade de cobertura e do atendimento;
- II. Uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações rurais e urbanas;
- III. Seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços;
- IV. Irredutibilidade do valor dos benefícios;
- V. Equidade nas formas de participação no custeio;
- VI. Diversidade da base de financiamento;
- VII. Caráter democrático e descentralizado da gestão administrativa, com a participação da comunidade, em especial de trabalhadores, empresários e aposentados;

Diante destes objetivos, a previdência social aumentou sua abrangência a partir de 1988, passando a garantir direitos a cidadãos até então não cobertos, fato que pôs em risco a sua solvência. A expansão da cobertura previdenciária também teve origens em outros fatores, tais como o envelhecimento da população, o aumento da expectativa de vida, falhas administrativas e aumento da informalidade.

Por essas razões, a partir da década de 90, surgiram no Brasil déficits previdenciários cada vez maiores e com previsões de crescimento assustadoras. Diante deste contexto, algumas medidas foram tomadas, entre elas podemos citar a Emenda Constitucional nº. 20 e a Lei 9.876 de 1999, na tentativa de readequar a abrangência da previdência social à nova realidade sócio-econômica brasileira, dificultando assim o acesso às formas programadas de benefícios do INSS, gerando uma demanda crescente por auxílios previdenciários, benefícios estes que estariam ao alcance de uma população ainda economicamente ativa. Esta parcela da população não teria incentivos para voltar trabalhar o mais rápido possível, tendo em vista que ao receber estes auxílios, a renda permaneceria praticamente a mesma, sem idade mínima, redutores ou uma combinação desses que seria o fator previdenciário.

Em face desta problemática, o trabalho que se segue procura discutir e identificar as causas do aumento recente de uma das modalidades de benefícios: o auxílio-doença, que, no ano de 2007 vem apresentando uma participação de 50,44% do total de benefícios concedidos. Os valores percentuais do auxílio-doença em relação ao total ainda são bastante expressivos em 2007, porém verifica-se uma tendência de queda em relação a anos anteriores.

Temos por objetivo geral neste trabalho, portanto, conhecer os possíveis fatores causadores do acentuado número de concessões do auxílio-doença, assim como impactos refletidos na contabilidade do INSS.

Além disso, busca-se verificar se existe alguma relação entre o fato de que as perícias médicas para que o segurado obtivesse e mantivesse o benefício, não eram realizadas exclusivamente por médicos do INSS e como segundo objetivo específico

procuramos verificar alguma coincidência no fato de uma maior procura por auxílios previdenciários, em especial o auxílio-doença frente a um maior rigor na concessão de benefícios programados, rigor este advindo da ECnº20 e lei 9.876 de 1999.

As fontes a serem utilizadas nesse trabalho são basicamente os dados disponíveis no site do MPAS e IPEA. Levando-se em consideração o fato que o sistema previdenciário atravessa por constantes mudanças nas leis e regulamentos, explicada pela dinâmica da sociedade, algumas fontes bibliográficas passam a não embasar as discussões mais recentes e por este motivo, as questões mais atuais acabam por serem discutidas, na sua grande maioria, em teses e artigos, ficando a fundamentação da essência da assistência social para os livros clássicos.

Utilizaremos basicamente nas análises que se seguem o método estruturalista, sendo feito a identificação das estruturas que causam o fenômeno estudado, assim como seus efeitos finais, tentando explicar como essas partes se organizam numa totalidade, tendo em vista que estrutura não é algo estático, mas ela se transforma e se auto-regula.

2. A SEGURIDADE SOCIAL E A PREVIDÊNCIA

A origem dos sistemas de proteção social, segundo OGLIARI (2007) remonta à Grécia e Roma antigas, “onde existiam as associações, que amparavam os membros que contribuíam e os mendigos eram transformados em escravos, ficando sob a responsabilidade do Senhor”. Ainda na Idade Média, verifica-se a existência de grupos de amparo restritos aos contribuintes, e na Inglaterra pós Revolução Industrial, os mendigos achados eram forçados ao trabalho para receber por isso. Na Revolução Francesa surgira a moderna Seguridade Social com a Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão.

Essas idéias ganharam corpo e importância na Alemanha, em 1883, com Bismarck, e a instituição do seguro-doença, que se difundiu pelos demais países. De acordo com OGLIARI (2007), “Seguridade Social se diferenciava do seguro social porque este traz a idéia de mutualidade, isto é, amparo a quem contribuía no sistema, enquanto que aquele tem maior alcance, protegendo todas as pessoas, indistintamente”.

A Previdência Social é um conceito inserido dentro de um sistema bem mais amplo que é a Seguridade Social, esta que engloba a previdência social, a assistência social e a saúde.

Antes de voltarmos nossa atenção diretamente à previdência social, devemos dar um passo à trás, e discutir o papel do governo junto à sociedade. O governo poderia não existir se todos os recursos e bens no mercado fossem alocados perfeitamente. Em economia denomina-se como Teoria do Equilíbrio Geral a situação onde todos os recursos e os bens são alocados perfeitamente, chegando à situação ótima do mercado.

No século XIX, Léon Walras formulou a Teoria do Equilíbrio Geral, que tinha seus fundamentos nos conceitos marginalista e de utilidade. Mais tarde, Vilfredo Pareto desenvolveu o Modelo do Equilíbrio Geral, onde baseado nos pressupostos da concorrência perfeita, não seria possível aumentar o bem estar de um indivíduo sem necessariamente diminuir do outro.

Infelizmente, o mercado não funciona na prática como preconizado pela teoria, e como observado ainda no século XVIII por Adam Smith, os indivíduos movidos por interesses próprios buscariam maximizar seus objetivos, o que geraria em toda a sociedade um equilíbrio resultante dessa troca de forças, porém, no mundo real mercados perfeitamente competitivos são utópicos, existindo as falhas de mercado que justificam a intervenção do governo.

As falhas mais comuns de mercado são a existência de bens que não podem ser ofertados individualmente e que o consumo deste bem não diminui a quantidade disponível para o consumo de outro indivíduo, ou seja, os chamados bens públicos, as externalidades, as assimetrias de informações, e os agentes com grande poder de mercado, entre outros fatores que distanciam a realidade, da teórica concorrência perfeita.

Com a crise da década de 1930, surgiu na economia uma corrente de pensamento alternativa, o keynesianismo, que via o papel do Estado como sendo fundamental para a promoção do bem estar social, e nutria uma maior preocupação com as políticas de Estado que visavam o desenvolvimento econômico.

De acordo com a tradicional classificação de MUSGRAVE (1959), o elenco de atribuições do governo se enquadraria em três grandes categorias: promover ajustamentos na alocação de recursos; promover ajustamentos na distribuição da renda; e manter a estabilidade econômica. Com relação aos ajustamentos na distribuição de renda, soma-se o passivo social do governo brasileiro para com a população devido aos anos de regime ditatorial, têm-se uma preocupação e atuação muito grande no Brasil com a chamada Previdência Social.

De acordo com o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), a Previdência Social tem dois grandes objetivos: garantir a reposição de renda dos seus segurados contribuintes quando não mais puderem trabalhar e evitar pobreza entre pessoas que, por contingências demográficas, biológicas ou por acidente, não

possam participar por meio do mercado de trabalho do processo de produção da riqueza nacional.

A estrutura do sistema previdenciário brasileiro atual divide-se em quatro grandes pilares, sendo o primeiro os trabalhadores do setor privado. Para essa categoria, a previdência é obrigatória, baseada no sistema de repartição pública e administrada pelo INSS. O segundo pilar engloba a previdência dos funcionários públicos, que também é obrigatória, baseada no sistema de repartição pública e administrada pelos respectivos governos, seja federal, estadual ou municipal. O terceiro pilar é a previdência dos militares federais, que também é obrigatória, baseada no sistema de repartição pública e administrada pelo governo federal. A última forma é a previdência complementar, que é optativa, privada, administrada por fundos de pensão abertos ou fechados, baseada nos sistemas de capitalização individual.

No parágrafo anterior mencionou-se os termos sistema de repartição e sistema de capitalização. Segundo VARSANO (2003), estas são as maneiras fundamentais de financiamento. No caso da repartição simples, os recursos recolhidos dos contribuintes atuais são destinados a cobrir os gastos com os aposentados de hoje, é o chamado pacto social entre gerações. Já o sistema de capitalização é baseado na idéia de uma poupança individual, sendo que cada segurado realiza contribuições em uma conta específica onde seus ativos são administrados de maneira a terem um rendimento ao longo do período de contribuição.

Um tópico importante para o entendimento do presente trabalho é a compreensão das mudanças ocorridas após a Constituição de 1988, mais especificadamente no que tange o sistema previdenciário que ficou caracterizado por uma tentativa de compensação em relação à falta de direitos verificados no período militar, sendo uma carta magna com “regras gerais bastante generosas de aposentadoria” nas palavras de GIAMBIAGI E ALÉM (2000). Verifica-se a extinção da diferença entre o piso da população urbana e rural, atualização de todos os

salários, aposentadoria proporcional para mulheres, redução de cinco anos para aposentadorias rurais por idade.

Tratar-se-á agora mais especificadamente do auxílio-doença, que de acordo com o Instituto Nacional da Seguridade Social (INSS) é concedido ao segurado que, depois de cumprido o prazo de carência de doze contribuições anteriores à data do afastamento, ficar incapacitado para trabalhar ou realizar suas atividades habituais por motivo de doença, ficando afastado por mais de quinze dias no caso de empregado formal, ou a partir da data da incapacidade para o caso de outros optantes cobertos pelo INSS.

A incapacidade para o trabalho é comprovada através de perícia médica realizada pelo INSS, sendo realizada periodicamente até que o benefício deixe de ser pago, e isso acontece quando o segurado volta a ter capacidade para trabalhar; ou quando o beneficiário passa à condição de aposentado por invalidez, ou por idade; quando o segurado pede alta médica e tem o aval da perícia médica; ou quando o segurado volta voluntariamente ao trabalho; ou se o segurado vier a falecer.

Outro tópico importante na discussão que segue é a definição do fator previdenciário, que foi instituído pela Lei 9.876 de 1999, que tem como objetivo viabilizar a segurança atuarial do sistema de aposentadoria. É feita uma média de 80% dos maiores salários recebidos desde julho de 1994, quando foi instituído o Real, e multiplicado por um fator, calculado através da seguinte fórmula:

CÁLCULO DO FATOR PREVIDENCIÁRIO

$$f = \frac{Tc \times a}{Es} \times \left[1 + \frac{(Id + Tc \times a)}{100} \right]$$

Onde:

f = fator previdenciário;

Es = expectativa de sobrevida no momento da aposentadoria;

Tc = tempo de contribuição até o momento da aposentadoria;

Id = idade no momento da aposentadoria;

a = alíquota de contribuição correspondente a 0,31.

TABELA 1 - VALORES DO FATOR PREVIDENCIÁRIO.

<i>Tempo de contribuição</i>		<i>Idade de aposentadoria</i>				
Homens	Mulheres	46	50	55	60	65
35	30	0,61	0,70	0,86	1,07	1,38
36	31	0,62	0,72	0,88	1,11	1,42
37	32	0,64	0,75	0,91	1,14	1,46
38	33	0,66	0,77	0,94	1,17	1,50
39	34	0,68	0,79	0,96	1,20	1,55
40	35	0,70	0,81	0,99	1,24	1,59
45	40	n.c	n.c	1,12	1,40	1,80

n.c. Não considerado

Fonte: Ministério da Previdência e Assistência Social

A Tabela 1 mostra que para o cálculo do valor dos benefícios concedidos são levados em consideração os dados relativos à idade e tempo de contribuição. Por exemplo, se um homem se aposenta com trinta e cinco anos de contribuição e com cinquenta e cinco anos de idade, o valor a ser recebido será o resultado dos oitenta por cento dos maiores salários multiplicado por **0,86**.

3. CRESCIMENTO DAS CONCESSÕES DE AUXÍLIO-DOENÇA

Diferente da situação anterior, modificada pela Lei 9.876 de 1999, onde não havia redutores a serem aplicados, no contexto atual não é desejável uma aposentaria precoce, tendo em vista a perda decorrente da aplicação de fatores menores que a unidade. Outro ponto a ser considerado, refere-se ao cálculo do salário de referência que a partir de então passou a ser oitenta por cento dos maiores salários de contribuição de toda a vida ativa do trabalhador, deixando de ser a média de contribuição dos últimos três anos.

TABELA 2 - NÚMERO DE BENEFÍCIOS CONCEDIDOS PELO INSS

<i>Ano</i>	<i>Auxílio - Doença</i>	<i>Total do RGPS</i>	<i>Auxílio-Doença / Total em %</i>
1988	575.742	1.427.977	40
1989	652.177	1.559.560	42
1990	548.292	1.390.693	39
1991	552.005	1.359.898	41
1992	544.848	1.987.130	27
1993	563.655	2.445.565	23
1994	574.250	2.081.153	28
1995	584.401	1.926.778	30
1996	573.588	2.179.875	26
1997	606.596	2.356.952	26
1998	630.972	2.346.817	27
1999	653.456	2.250.731	29
2000	766.888	2.949.149	26
2001	793.825	2.856.334	28
2002	1.288.270	3.867.564	33
2003	1.371.221	3.545.376	39

2004	1.725.781	3.993.529	43
2005	1.860.695	3.955.724	47
FONTE: DATAPREV, Julho/2007.			

Os dados acima demonstram as proporções relacionadas ao número de concessões de benefícios auxílio-doença frente ao número total de concessões referentes a todas as espécies de benefícios do Regime Geral da Previdência Social. Após um crescimento inicial posterior ao ano de 1988, data de referência devido à Constituição que aumentou a abrangência social do governo, o percentual de concessões do auxílio-doença em relação ao total estabiliza-se em 1992.

A partir desta data percebe-se um período de crescimento constante até que em 2002, verifica-se um salto considerável, salto este crescente nos períodos que se seguem. Esse salto é um reflexo de medidas que geraram, segundo CAETANO (2006) um “incentivo ao aumento na concessão dos benefícios de risco ao mesmo tempo em que se restringiram as aposentadorias programadas pela Emenda Constitucional no 20/98 e pelo fator previdenciário em 1999”.

O ano de 1999, é marcante no sentido de mudanças na forma de cálculo das aposentadorias, uma vez que ao ser dificultado o acesso a uma previdade programada, a aposentadoria, os agentes tendem a recorrer às alternativas que maximizem sua satisfação, ou seja, os auxílios-doença onde será possível receber 91% do salário (esse valor geralmente é maior que o líquido recebido em atividade) sem a necessidade do esforço laborai, sem redutores em função da idade e com a possibilidade de aposentadoria definitiva por invalidez.

Segundo CAETANO (2006) uma medida importante seria a “redução do valor do benefício de auxílio-doença como forma de induzir o segurado a não permanecer por muito tempo o recebendo. A fórmula de cálculo atual, que corresponde a 91% do salário de benefício, incentiva o indivíduo a retardar seu retorno ao mercado de trabalho”.

Fica o registro que não se acredita aqui que essa seja a regra para todos os beneficiários do auxílio-doença, mas explica grande parte do crescimento explosivo verificado nos últimos anos.

Segundo GIAMBIAGI (2006) "O fato reflete uma falha gerencial, pois é evidente que essa variável deveria guardar uma correlação com o crescimento do número de doentes no Brasil".

TABELA 3 - QUANTIDADE DE EXAMES CLÍNICO-GERAIS REALIZADOS PELO INSS

Exames médicos realizados					
Origem do médico	2001	2002	2003	2004	2005
Médicos do INSS	0	3.991.320	3.640.787	3.803.712	4.187.123
Médicos Credenciados	1.508.341	2.514.762	3.316.326	4.700.660	4.961.039
Total	1.508.341	6.506.082	6.957.113	8.504.372	9.148.162
% de credenciados/total	100,00	38,65	47,67	55,27	54,23

FONTE: DATAPREV, Julho/2007.

Em 2006, o então ministro da Previdência Social, Nelson Machado, afirmou que o "boom" nos desembolsos é uma preocupação, mas observa que as soluções estão encaminhadas. Essa declaração refere-se às medidas tomadas após a divulgação do número de 1,666 milhões de benefícios auxílio-doença concedidos de janeiro a outubro de 2005. Segundo o ex-ministro, esse crescimento de concessões só, poderia ser explicado se o país tivesse passado por um "tsunami, peste ou calamidade". CORREIO BRASILIENSE (2006).

Em 2001 ocorre um fato deteriorante para a qualidade dos exames necessários à concessão de auxílios-doença, de acordo com CAETANO (2006) "o laudo definitivo para concessão desses benefícios deixou de ser dado por médicos do próprio quadro do INSS e passou a ter validade atestado de peritos terceirizados, o que não somente dificulta processos de auditoria como facilita fraudes".

Diante dessa externalidade negativa, uma das principais medidas providenciadas foi que, obedecendo a uma lei, aprovada pelo Congresso Nacional

em 2003, que estabeleceu o prazo, até fevereiro de 2006, para que todos os médicos peritos terceirizados fossem trocados. Foram substituídos 2,7 mil médicos credenciados por 4,8 mil concursados, de acordo com dados divulgados pelo INSS.

Verifica-se no quadro de exames médicos realizados, com dados até o ano de 2005, a relativa importância de exames realizados por médicos peritos credenciados, chegando a mais de 54% do total de exames realizados. O grande problema seria o fato de em virtude da falta de vínculo com o INSS, e a remuneração ser relacionada com a quantidade de exames. CAETANO (2006) sugere uma padronização dos exames para que seja mais simples a atuação de auditores com “o estabelecimento de critérios objetivos na concessão, mediante informatização em que se estabelecesse função entre o tipo de incapacidade e tempo de duração do benefício”.

Soma-se a este contexto, o problema da segurança nos locais de perícia. Médicos sentiam-se coagidos a não encerrar concessões duvidosas. Foram adotadas medidas de segurança como a instalação de portas giratórias e contratação de vigilantes.

TABELA 4 - QUANTIDADE DE EXAMES COMPLEMENTARES REALIZADOS PELO INSS

Perícias do Auxílio-Doença						
Especialidade	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Cardiologia	22.821	12.195	13.684	9.525	5.148	5.732
Cicloergometria	4.626	3.047	3.187	2.185	1.029	1.563
Dermatologia	13	0	0	0	0	0
Eletrocardiografia	34.151	16.811	17.550	11.093	4.891	5.162
Ecocardiograma	4.650	3.218	3.042	2.484	1.135	1.691
Eletroencefalografia	134	4	3	0	2	0
Gastroenterologia	4	0	0	0	0	0
Ginecologia	0	0	0	0	0	0
Neurologia	20.482	12.344	13.469	9.386	4.673	5.296
Oftalmologia	32.206	17.450	18.881	10.554	5.579	7.309
Ortopedia	76.295	49.164	60.707	53.178	38.697	44.695
Otorrinolaringologia	2.167	729	824	235	74	83
Patologia Clínica	12	4	0	2	0	0
Psiquiatria	58.132	32.028	36.447	23.110	15.190	19.843
Radiologia Clínica	37.694	20.020	18.730	11.167	3.566	3.921

Prova de Função Respiratória	482	12	0	0	0	0
Tisio Pneumologia	2.617	1.228	1.507	878	353	305
Urologia	8	0	0	0	0	0
Proctologia	0	0	0	0	0	0
Genética	0	0	6	109	31	50
Total	296.494	168.254	188.037	133.906	80.368	95.650

FONTE: DATAPREV, Julho/2007.

A tabela 4 demonstra a necessidade de exames complementares para embasar as perícias. Verifica-se que radiologia clínica, ortopedia e psiquiatria são os exames mais solicitados, evidenciando problemas ligados a más condições físicas e mentais de trabalho. De fato, não se pode negar que no Brasil, a segurança do trabalho e a ergonomia ainda sejam infantis, levando a um grande número de invalidez devido a acidentes de trabalho.

O problema do auxílio-doença, é então potencializado por afastamentos causados por enfermidades que não são facilmente diagnosticadas, mesmo com realização de exames complementares. Uma tentativa de se minimizar o problema seria de acordo com CAETANO (2006) “priorizar o atendimento na rede pública dos beneficiários de auxílio-doença, o que, em princípio, poderia reduzir o tempo de duração desse benefício”. CAETANO (2006) sugere uma coordenação política de maneira que seja possível uma “maior integração da Previdência com a Saúde permitindo um melhor aproveitamento das sinergias e economias de escala dessas duas grandes áreas”.

TABELA 5 - QUANTIDADE DE BENEFÍCIOS CESSADOS

Benefícios cessados - Auxílio-Doença						
Motivo	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Morte	30.240	17.017	20.172	22.420	24.705	23.504
Limite Médico	530.603	515.594	770.994	0	0	0
Fraude	682	774	1.500	1.871	2.023	2.165
Volta ao Trabalho	207	456	460	915.882	1.080.587	1.429.363
Conc. de Outra Espécie	131.020	121.808	180.978	189.590	215.400	254.023
Cessaçãõ Automática	0	0	2.299	16.013	35.666	17.621
Outros	27.495	22.547	35.369	12.117	23.210	32.986
Ignorado	14.894	19.315	264	0	0	0
Total	735.141	697.511	1.012.036	1.157.893	1.381.591	1.759.662

FONTE: DATAPREV, Julho/2007.

A tabela 5 retrata as tentativas de melhoria na estrutura do INSS, sendo efetivadas várias medidas para uma perícia médica mais rigorosa, refletida no crescente número de fraudes descobertas e de benefícios cessados por volta ao trabalho, antigo limite médico. Reflete também a definição de algumas situações, onde diante de um longo período de auxílio-doença, o INSS aposenta o beneficiário por invalidez previdenciária (Concessão de Outra Espécie de Benefício). Do número de benefícios cessados, infere-se que a principal forma de encerramento do auxílio-doença é através de perícia médica, tendo em vista que causas como retornos automáticos e mortes estão fora do alcance do INSS.

De acordo com GIAMBIAGI (2006), os problemas relacionados à perícia seriam: “ausência de realização de concursos para a posição de perito do INSS e terceirização dos mecanismos de perícia para médicos credenciados, sem mecanismos de aferição adequados da própria perícia”.

Ainda sobre situações que atraem beneficiários para o auxílio-doença, temos o fato de que em mais de 50% dos casos analisados de concessões de auxílio-doença, o beneficiário recebe um valor maior do INSS do que receberia caso voltasse ao trabalho. Isso é reflexo da análise de toda a vida laboral e não os últimos doze meses. Segundo o ex-ministro Nelson Machado, “Essa é uma questão muito simples. Se eu estou ganhando R\$ 600 de salário e com auxílio posso receber R\$ 700,00 ou R\$ 650,00, vou fazer todo o esforço possível para continuar com o auxílio doença”, CORREIO BRASILIENSE (2006).

As considerações de Nelson Machado, CORREIO BRASILIENSE (2006), nos remetem às teorias de MALTHUS (1798), filósofo e economista que rejeitava todos os esquemas que redistribuíssem renda ou riqueza. Segundo Malthus, estas distribuições, simplesmente, aumentariam o número de pessoas pobres e fariam com que elas voltassem ao nível de subsistência.

MALTHUS (1798) também se opunha a todas as tentativas de aprovações de leis que diminuíssem o sofrimento dos pobres, isso porque se perderia em

produtividade e pró-atividade. Quando uma pessoa recebesse dinheiro sem uma contra partida, ela não teria razões para procurar trabalho, assim como, se aquela que já está trabalhando, caso recebesse uma quantia a mais de dinheiro, julgaria desnecessário trabalhar por alguns dias em virtude desse valor a mais que recebera.

Não devemos adotar como regra o pensamento de Malthus, mas somado às mudanças na estrutura do INSS, a implantação do fator previdenciário e as mudanças na forma de cálculo do valor de referência, verifica-se indícios de uma tendência à escolha do recebimento do auxílio-doença em detrimento da aposentadoria nos termos formais.

4. PERFIL DO BENEFICIÁRIO DO AUXÍLIO-DOENÇA

Discutidos os prováveis motivos do aumento explosivo do número de concessões do auxílio-doença, se faz necessário uma análise do perfil deste beneficiário.

TABELA 6 - PERFIL DAS CONCESSÕES DO AUXÍLIO-DOENÇA POR GÊNERO E POR IDADE

Idade	Sexo	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Até 19 Anos	Total	16.030	14.629	20.630	19.060	22.015	25.329
	Masculino	11.368	10.322	14.381	13.621	15.385	18.009
	Feminino	4.662	4.307	6.249	5.439	6.630	7.320
20 a 24 Anos	Total	62.466	63.317	100.148	104.978	128.693	143.481
	Masculino	41.689	41.273	64.057	66.790	80.324	89.615
	Feminino	20.777	22.044	36.091	38.188	48.369	53.866
25 a 29 Anos	Total	78.189	80.224	127.799	135.357	172.494	194.409
	Masculino	48.996	48.776	75.571	79.680	98.882	111.170
	Feminino	29.193	31.448	52.228	55.677	73.612	83.239
30 a 34 Anos	Total	88.946	90.436	142.218	150.369	188.332	209.171
	Masculino	52.613	52.652	80.667	84.640	104.557	115.240
	Feminino	36.333	37.784	61.551	65.729	83.775	93.931
35 a 39 Anos	Total	100.329	103.629	164.408	172.650	216.887	233.295
	Masculino	56.321	58.014	89.879	93.956	116.323	124.555
	Feminino	44.008	45.615	74.529	78.694	100.564	108.740
40 a 44 Anos	Total	108.312	112.259	178.930	189.655	240.906	259.635
	Masculino	58.558	60.001	94.148	99.333	125.098	133.912
	Feminino	49.754	52.258	84.782	90.322	115.808	125.723
45 a 49 Anos	Total	104.484	110.539	182.262	197.848	253.114	271.833
	Masculino	54.931	57.034	93.109	100.328	127.209	135.496
	Feminino	49.553	53.505	89.153	97.520	125.905	136.337
50 a 54	Total	92.374	98.246	165.193	178.854	232.901	249.559

Anos	Masculino	47.265	49.463	82.405	88.491	114.930	122.413
	Feminino	45.109	48.783	82.788	90.363	117.971	127.146
55 a 59 Anos	Total	68.669	70.688	118.759	130.091	165.891	174.788
Anos	Masculino	38.479	39.674	65.502	69.733	88.241	93.170
	Feminino	30.190	31.014	53.257	60.358	77.650	81.618
60 a 64 Anos	Total	36.266	37.330	63.688	68.667	81.115	77.003
Anos	Masculino	21.706	21.616	35.192	37.890	46.173	43.538
	Feminino	14.560	15.714	28.496	30.777	34.942	33.465
65 a 69 Anos	Total	8.934	9.967	19.025	19.159	18.229	17.021
Anos	Masculino	4.620	5.150	9.475	8.454	6.148	5.419
	Feminino	4.314	4.817	9.550	10.705	12.081	11.602
70 a 74 Anos	Total	1.475	1.662	3.126	3.403	3.861	3.713
Anos	Masculino	516	574	1.042	1.033	938	849
	Feminino	959	1.088	2.084	2.370	2.923	2.864
75 a 79 Anos	Total	291	326	625	870	1.026	1.143
Anos	Masculino	63	84	158	172	185	211
	Feminino	228	242	467	698	841	932
80 a 84 Anos	Total	69	81	134	149	205	203
Anos	Masculino	20	26	30	27	29	31
	Feminino	49	55	104	122	176	172
85 a 89 Anos	Total	32	35	64	42	47	51
Anos	Masculino	12	18	24	12	10	6
	Feminino	20	17	40	30	37	45
90 Anos e Mais	Total	20	18	55	41	35	35
Anos	Masculino	11	12	30	12	17	15
	Feminino	9	6	25	29	18	20

FONTE: DATAPREV, Julho/2007.

A tabela 6, apresenta o perfil, bastante interessante, dos beneficiários do Auxílio – Doença. Verifica-se quanto à variável idade que a faixa de quarenta e cinco a quarenta e nove anos é responsável pelo maior número de concessões dessa espécie. Vale ressaltar que essa é uma idade onde grande parte dos interessados dá início ao processo de aposentadoria por tempo de contribuição e de acordo com as novas regras, aposentar-se com essa idade seria um grande prejuízo. Não parece ser coincidência o fato de que a faixa etária redutora do fator previdenciário seja a maior demandante dos auxílios-doença.

Quanto à variável gênero, as mulheres assumem o posto de maiores beneficiárias na faixa de cinqüenta a cinqüenta e quatro anos e a partir dos sessenta e cinco anos de idade.

TABELA 7 - TEMPO DE RECEBIMENTO DE AUXÍLIO-DOENÇA

Tempo Duração	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Abaixo de 1 mês	86.984	89.962	0	120.077	119.160	132.055
1 mês	153.731	143.698	0	244.970	265.857	284.129
2 meses	98.805	100.667	0	190.321	224.179	248.903
3 meses	51.114	56.693	0	96.335	125.149	156.277
4 meses	35.276	39.756	0	62.889	79.201	102.281
5 meses	27.506	29.520	0	49.650	61.490	80.957
6 meses	22.651	23.157	0	40.072	48.937	69.190
7 meses	18.274	17.888	0	31.283	38.598	56.865
8 meses	15.476	15.244	0	26.474	33.152	49.158
9 meses	13.562	12.963	0	23.378	29.354	44.298
10 meses	12.079	11.195	0	20.760	26.479	39.483
11 meses	11.352	10.218	0	19.335	24.741	35.383
Menos de 1 ano	0	0	799.926	0	0	0
1 ano	92.514	79.240	116.811	130.882	178.760	262.669
2 anos	47.792	38.269	53.719	57.705	75.438	117.570
3 anos	22.816	14.456	22.247	23.197	27.343	46.754
4 anos	11.165	5.753	8.817	9.501	11.264	16.915
5 anos	6.023	2.530	3.360	3.956	4.823	7.106
6 anos	2.614	1.252	1.360	1.636	2.056	3.140
7 anos	1.018	568	643	697	895	1.263
8 anos	750	306	363	338	397	570
9 anos	467	222	207	191	224	301
10 anos	325	142	168	141	177	193
11 anos	220	100	107	111	93	187
12 anos	144	76	64	74	71	139
13 anos	115	42	49	39	45	73
14 anos	89	46	40	33	26	57
De 15 a 19 anos	299	168	83	86	82	145
De 20 a 24 anos	66	67	41	40	36	72
Acima de 25 anos	1	8	3	6	12	18
Ignorada	1.913	3.305	4.028	3.716	3.552	3.511

FONTE: DATAPREV, Julho/2007.

Da análise do tempo de recebimento do auxílio-doença, extraindo-se os beneficiários esperados que normalmente o utilizem por um ou dois meses, o fato que chama a atenção é o número crescente de assistidos por três a seis anos, tempo esse suficiente para que o trabalhador seja aposentado definitivamente, ou volte ao trabalho.

Temos a impressão que diante da incerteza das condições de sanidade dos beneficiários, deixa-se o tempo passar sem que atitudes definitivas sejam tomadas,

ou em virtude da falta de controle qualitativo das perícias, após um grande intervalo de tempo seja mais fácil atestar uma invalidez, gerando uma aposentadoria sem um lastro em tempo de contribuição ou idade mínima.

TABELA 8 - DISTRIBUIÇÃO POR CLIENTELA DAS CONCESSÕES DO AUXÍLIO-DOENÇA

Clientela	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Urbana	640.437	661.216	1.079.527	1.159.722	1.477.079	1.617.180
Rural	126.451	132.609	208.743	211.499	248.702	243.515
Total	766.888	793.825	1.288.270	1.371.221	1.725.781	1.860.695

FONTE: DATAPREV, Julho/2007.

Diante da distribuição entre beneficiários rurais e urbanos, percebe-se que a problemática é em grande parte urbana, ao ponto de serem verificados crescimentos expressivos nas concessões das cidades e diminuições nas campestres.

Temos então, um perfil sendo trabalhador urbano, na faixa dos cinquenta anos de idade e que recebe a cada ano o benefício por um período maior. Os maiores problemas apresentados são psiquiátricos e ortopédicos, sendo o retorno ao trabalho ou a aposentadoria por invalidez previdenciária uma decisão em sua maior parte fundada na perícia médica.

5. IMPACTOS NO FLUXO DE CAIXA DO INSS

Da mesma forma que o crescimento de concessões de auxílios-doença atraiu a nossa atenção para a elaboração deste trabalho, por parte do MPAS não foi diferente. Diversas medidas foram tomadas, como a aprovação de uma lei exigindo que a partir de fevereiro de 2006, todos os exames fossem realizados por médicos do quadro do INSS. Durante o ano de 2007 foram realizadas campanhas publicitárias informando à população a respeito da real função e quais os critérios para a concessão do auxílio-doença. Quando analisamos o número de benefícios cessados, verificamos uma quantidade crescente de fraudes contabilizadas e isso reflete um maior rigor nas fiscalizações, de maneira que crescente é o número de fraudes descobertas.

Apesar desses esforços, o saldo previdenciário acumulado nos últimos doze meses, verificado com dados de julho/2007, já passa dos R\$ 43,6 bilhões. O auxílio-doença não é o único responsável por essa cifra, mas como mostrado na tabela 9, responde por mais de 50% das concessões do INSS em 2007, já tendo registrado valores maiores em anos anteriores, obtendo assim um papel fundamental quando se trata de déficit da previdência. A tabela 9 mostra um viés de queda, observada após as diversas medidas tomadas recentemente para conter o crescimento nas concessões de auxílio-doença.

TABELA 9 - QUANTIDADE DE AUXÍLIOS-DOENÇA

2007	Total de benefícios	Auxílio-doença	% do Total
JANEIRO	295.449	170.110	57,58
FEVEREIRO	264.410	144.294	54,57
MARÇO	357.038	197.272	55,25
ABRIL	319.630	155.561	48,67
MAIO	350.490	162.780	46,44
JUNHO	311.217	142.437	45,77
JULHO	315.697	144.343	45,72
TOTAL	2.213.931	1.116.797	50,44

FONTE: DATAPREV, Julho/2007.

Obviamente que existem muitos benefícios do INSS que na prática são políticas sociais, não sendo exigida uma contra partida através das contribuições e

períodos de carência, o que não é o caso do auxílio-doença. Sendo assim, quando analisamos a arrecadação líquida subtraindo os benefícios pagos no RGPS, devemos considerar que o auxílio-doença é um grande desafio a ser readequado, mas não é o único. Sendo a despesa do INSS para o período de 2006 de 7,9% do PIB e o auxílio-doença estando com 50,44% da quantidade e respondendo por 55,98% do valor em 2007, pode-se imaginar a dimensão do tema.

TABELA 10 - PROPORÇÕES DO AUXÍLIO-DOENÇA

GRUPOS DE ESPÉCIES	QUANTIDADE		VALOR (R\$)	
	Total	% do total	Total	% do total
TOTAL	379.009	100,00	203.157.803	100,00
BENEFÍCIOS DO RGPS	349.159	92,12	194.176.847	95,58
PREVIDENCIÁRIOS	333.716	88,05	184.205.979	90,67
AUXÍLIO-DOENÇA	190.369	50,44	113.725.742	55,98
BENEFÍCIOS ASSISTENCIAIS	29.847	7,88	8.968.500	4,41

FONTE: DATAPREV, SUB, SINTESE, Julho/2007

O saldo final verificado no fluxo de caixa do INSS é o resultado da soma dos saldos operacionais. Segundo GIAMBIAGI E ALÉM (2000) o conceito operacional deriva do resultado nominal, sendo que subtraímos o componente de atualização monetária e cambial da dívida, chegamos ao resultado operacional. Já no caso em que descontamos os valores referentes a juros reais do valor das necessidades operacionais de financiamento, temos o conceito primário. Segundo o MPAS, saldo previdenciário é a arrecadação líquida menos os gastos com pagamentos dos benefícios pagos Regime Geral da Previdência Social.

TABELA 11 - FLUXO DE CAIXA DO INSS

DISCRIMINAÇÃO	TOTAL 2006	JUL/2007	ACUMULADO EM 12 MESES
1. SALDO INICIAL	6.275.320	7.472.074	6.300.940
2. RECEBIMENTOS	201.756.676	16.860.956	212.340.968
2.1 Próprios	133.015.292	12.288.795	144.107.782
- Arrecadação Bancária	122.917.740	11.275.154	133.061.293
- Arrecadação SIMPLES	8.225.275	881.942	9.201.954
- Arrecadação REFIS	325.827	30.951	289.654
- Arrecadação FNS	1.140	18	303
- Arrecadação CDP	-	-	-
- Arrecadação FIES	682.577	60.859	711.362
- Depósitos Judiciais	1.152.381	58.112	1.128.167

- Ressarcimento de Arrecadação	-49.504	-2.708	-55.593
- Restituições de Arrecadação	-240.145	-15.533	-229.357
2.2 Rendimentos Financeiros	-2.540	55.983	135.094
- Remuneração s/ Arrecad. Bancária	2.347	142	2.619
- Rendimentos Aplicações Financeiras	-4.887	55.841	132.475
2.3 Outros	1.371.258	49.719	791.571
2.4 Antecipação da Receita (Tesouro Nacional)	-357.808	2.398.707	6.095.535
2.5 Transferências da União	67.730.476	2.067.753	61.210.985
- Recursos Ordinários	957.484	-	904.569
- Concursos e Prognósticos	82.060	2.129	44.779
- Operações de Crédito Externa	11.448	-6.405	-43.473
- Contribuição Social sobre o Lucro	619.541	101.504	915.624
- COFINS e Contribuição do Plano de Seguridade Social Servidor	42.801.423	435.261	38.456.337
- Contribuição Provisória s/ Mov. Financeira	6.572.516	-	2.402.000
- Recursos Ordinários / COFINS - TRF	3.986.554	319.137	4.841.699
- Contribuição Social sobre o Lucro - Contrapartida	3.977	227	1.847
- Devolução do PSS / PASEP / Outros	19	-	-
- COFINS - EPU	627.500	65.000	1.343.500
- COFINS/LOAS	12.067.954	1.150.900	12.344.103
3. PAGAMENTOS	200.510.523	17.539.108	211.847.987
3.1 Pagamentos do INSS	191.015.427	16.445.432	200.331.938
3.1.1 - Total de Benefícios	178.795.304	15.710.871	190.832.507
3.1.1.1 - Total de Benefícios Pagos (a + b)	177.917.923	15.632.147	189.834.589
a) Benefícios do RGPS	165.585.300	14.407.944	176.240.350
- Benefícios - INSS	161.273.653	14.006.492	170.995.795
- Sentenças Judiciais - TRF	3.986.554	319.137	4.841.699
- Sentenças Judiciais - INSS	325.093	82.314	402.856
b) Benefícios não Previdenciários	12.332.623	1.224.203	13.594.239
- Encargos Previdenciários da União - EPU	693.769	65.147	769.124
- LOAS e RMV	11.638.854	1.159.056	12.825.115
3.1.2 - Benefícios devolvidos	-877.380	-78.724	-997.918
3.1.3 Pessoal	5.872.874	652.685	6.437.366
3.1.4 Custeio	7.224.629	160.600	4.059.983
3.2 Transferências a Terceiros	9.495.096	1.093.676	11.516.048
4. Saldo Previdenciário (Arrec. Líquida - Benefícios do RGPS)	-42.065.104	-3.212.825	-43.648.616
5. Saldo Arrecadação Líquida - Total de Benefícios Pagos	-54.397.728	-4.437.028	-57.242.856
6. Saldo Operacional (Recebimento Total - Pagamento Total)	1.246.153	-678.153	492.981
7. Saldo Final	7.521.472	6.793.921	6.793.921

FONTE: Divisão de Programação Financeira do INSS. Julho/2007

No ano de 2006, o saldo previdenciário foi negativo na ordem de R\$ 42 bilhões, ou seja, a receita exclusivamente previdenciária frente aos gastos da previdência. Apesar de divulgado em instituições oficiais, o método de cálculo do déficit da previdência não é um consenso. Segundo CORREIO BRASILIENSE (2006), Nelson Machado afirma que devemos a princípio separar o que é déficit exclusivamente previdenciário. Por exemplo, as renúncias do SIMPLES que podem ser meritórias, mas não tem relação com política previdenciária, chegam a R\$ 5 bilhões. Esta seria uma renúncia fiscal da União, não da previdência.

Em entrevista para o CORREIO BRASILIENSE (2006), Machado ressalta ainda que não seja contra a renúncia fiscal, mas entende que deva ser contabilizada de maneira diferente. O mesmo aconteceria com entidades filantrópicas, ou o Prouni, que mais uma vez seria “meritório”, mas que seria uma atribuição da educação e não da previdência, chegando a mais R\$ 2 bilhões. Separando a previdência rural que seria política social por não ser contributiva, teríamos um déficit urbano de R\$ 13,5 bilhões. Descontam-se as renúncias fiscais e acrescentando a receita da CPMF, o valor do saldo previdenciário seria na ordem de R\$ 3,8 bilhões. Todavia, devido à necessidade de se manter fidelidade a algum método, utiliza-se neste trabalho o conceito oficial do INSS.

TABELA 12 - DESPESAS DO INSS EM RELAÇÃO AO PIB

DESPESAS DO INSS					
Ano	% do PIB	Ano	% do PIB	Ano	% do PIB
1989	2,7	1995	5	2001	6,3
1990	3,4	1996	5,3	2002	6,5
1991	3,4	1997	5,4	2003	6,9
1992	4,3	1998	5,8	2004	7,1
1993	4,9	1999	6	2005	7,6
1994	4,9	2000	6	2006	7,9

Fonte: STN Julho/2007

O crescimento da variável despesa do INSS / PIB é uma realidade que não pode ser ignorada. Uma das causas é segundo GIAMBIAGI (2002) “ o aumento do dispêndio do INSS com a explosão das despesas com auxílio-doença. Estas, em 1998, correspondiam na posição de dezembro a 506 mil benefícios e no triênio 1999-2001 cresceram a uma taxa (física) da ordem de 4% a.a., dentro da normalidade. Entretanto, em 2002 tiveram um incremento de 48%, chegando nos anos seguintes a 28% em 2003; 27% em 2004; e 8% em 2005”.

Qualquer aumento de benefícios é potencializado diante das perspectivas atuariais brasileiras. Isso decorre da crescente informalização da economia brasileira, tendo em vista que o aumento da receita previdenciária mediante o aumento das alíquotas não é muito eficaz devido ao custo da evasão, explicado pela Curva de Laffer. NÉRI (2003) supõe que a “crescente informalidade no mercado de

trabalho corresponde a um trecho descendente da Curva de Laffer”. Isso pode ser explicado em função de a Curva de Laffer mostrar a relação existente entre as alíquotas do imposto e o total da arrecadação tributária, de modo que nem sempre o aumento da tributação gera um aumento de arrecadação. “Nesse quadro, um sistemático aumento no custo do emprego (por meio da variação das alíquotas de contribuição previdenciária) teria levado a uma queda na sua formalização e, conseqüentemente, à queda da cobertura previdenciária”, NÉRI (2003).

Segundo CAETANO (2006) “menores alíquotas de contribuição sobre folha poderiam incentivar a formalização, as firmas a contratarem mais, assim como os trabalhadores a trabalharem mais, e em conseqüência, ainda que o governo perca na arrecadação de cada contribuinte, ganharia por incentivar a ampliação da base de tributação”.

Soma-se o fato do envelhecimento gradativo da sociedade, baixo crescimento populacional que causa uma defasagem no contingente de contribuintes e baixo crescimento da economia, culminando em uma menor arrecadação. Entretanto, estamos diante de uma despesa crescente fazendo com que o tema Previdência Social seja uma preocupação de várias gerações, seja na ótica do ajuste fiscal, seja na defesa de direitos anteriormente adquiridos. Algumas reformas já foram feitas e uma agenda com novas ainda está em curso. Discute-se atualmente a implantação de idade mínima de aposentadoria, a diferença de cinco anos obtida pelas mulheres e outros cinco anos no caso de professores e professoras. Está em discussão também a contribuição de trabalhadores rurais, além de temas administrativos como a rapidez nos processos e a cobrança de grandes devedores.

TABELA 13 - EXPECTATIVA DE VIDA AO NASCER

Ano	Expectativa de vida ao nascer
1980	62 anos
1985	64 anos
1990	66 anos
1995	67 anos
2000	69 anos
2005	70 anos
2010*	72 anos
2015*	74 anos
2020*	76 anos

*Estimativas
Fonte: IBGE

Vale ressaltar que quando tratamos a questão previdenciária, não são os valores da expectativa de vida ao nascer que preocupam os especialistas, mas a expectativa de sobrevivência de quem passa de contribuinte para beneficiário relativamente cedo.

TABELA 14 - EXPECTATIVA DE SOBREVIVÊNCIA

Idade	Homens	Mulheres
0	61	70
1	65	73
10	65	73
20	66	74
30	68	74
40	70	75
50	72	76
60	75	78
70	80	81

Fonte: MPAS.

6. CONCLUSÕES

Diante do que foi visto, a relativa importância do auxílio-doença para as contas do INSS não pode ser negada. A demanda natural por este seguro previdenciário foi adicionada a procura de agentes que, na tentativa de desviar-se do rigor implantado nas últimas reformas, aparentemente, viram no auxílio-doença uma saída, havendo indícios de que seria uma alternativa à aposentadoria nos termos formais.

Depois de verificado o pico desse crescimento em outubro de 2005, as autoridades tomaram inúmeras providências, mudando a principal variável utilizada nas concessões e na manutenção desses pagamentos, a perícia médica. Essa deixou de ser realizada por médicos credenciados ao INSS, médicos esses que se caracterizavam por critérios distintos, remunerados em função do fluxo de exames, sem a infra-estrutura do INSS e sem a segurança necessária para exercessem sua profissão. Essa medida foi concluída em fevereiro de 2006. Ao longo de 2007, verifica-se uma diminuição lenta e contínua do número de concessões, e que será necessário mais algum tempo para que o resultado dessas medidas e de outras que poderão vir a complementar as mudanças em curso, sejam mensuradas.

Dentro dessa função alocativa do governo, a Seguridade Social sendo a mantenedora da previdência, também é responsável pela saúde. Mesmo estando em ministérios diferentes, Previdência e Assistência Social e a Saúde devem caminhar juntos no sentido de melhorar a saúde do trabalhador. Deve-se contar também com a sinergia advinda dos esforços do ministério do Trabalho no que se refere à segurança no trabalho, minimizando assim a necessidade da utilização do auxílio-doença.

7. REFERÊNCIAS

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: < <https://legislacao.planalto.gov.br/legislacao/nsf/> >.

BRASIL. **Emenda Constitucional no 20**, de 15 de dezembro de 1998.

_____. **Lei no 8.742, de 7 de dezembro de 1993**. Lei Orgânica da Assistência Social.

_____. **Lei no 9.876, de 26 de novembro de 1999**. Normatizou o fator previdenciário.

CAETANO, M.; **Fundamentos acerca dos riscos associados à previdência social**. Texto para discussão nº. 1214. IPEA. Brasília, 2006.

_____. **Reformas administrativas para minorar o peso fiscal da previdência social**. Texto para discussão nº. 1219. IPEA. Brasília, 2006.

CORREIO BRASILIENSE. **Entrevista do Ministro da Previdência Nelson Machado**. Disponível em: < http://www.inss.gov.br/docs/pdf/entrevista_CB_05-05-2006.pdf >.

GIAMBIAGI, F. e ALÉM, A. C. **Finanças Públicas: Teoria e Prática no Brasil**. Rio de Janeiro: Campus, 2000.

_____; MENDONÇA, J. BELTRÃO, K.; ARDEO, V.; **Diagnóstico da previdência social no Brasil: o que foi feito e que falta reformar?**. Texto para discussão nº. 1050. IPEA. Rio de Janeiro, 2004.

_____; **Uma agenda fiscal para 2007-2010**. Texto para discussão nº. 1123. IPEA. Rio de Janeiro, 2005.

HUNT, E.K. **História do Pensamento Econômico**. 7ª edição. Rio de Janeiro. Ed. Campus, 1989.

NERI, M.C.; **Cobertura previdenciária: diagnóstico e propostas**. Brasília: MPS, 2003.

OGLIARI, A.; **Direito Previdenciário e Infortunistica**. 2007. Acesso em Agosto de 2007. Disponível em <http://www.aldemioogliari.com.br/paginas/previdenciario>

VARSAÑO, R. **Financiamento do regime geral da previdência no contexto do processo de reforma tributária em curso**. Texto para discussão nº. 959. IPEA. Rio de Janeiro, 2003.