

Cadernos de Seguro

Coletânea 1981 - 2001

1

Riscos Pessoais

Vida

Saúde

Acidentes do Trabalho

Previdência Privada



Cadernos de Seguro

Coletânea

Volume 1

© 2001 Fundação Escola Nacional de Seguros

Funenseg

Rua Senador Dantas, 74 - 2º, 3º e 4º andares
CEP 20031-201 - Rio de Janeiro - RJ - Brasil
Tels. (21) 3132-1022 - Fax. (21) 2524-6715
Internet: <http://www.funenseg.org.br/>
e-mail: info@funenseg.org.br

Presidente

João Elisio Ferraz de Campos

Vice-Presidente

Leoncio de Arruda

Secretário Executivo

Claudio R. Contador

Cadernos de Seguro - Coletânea

Conselho Editorial

Claudio R. Contador

Francisco Galiza

Joel Gomes

Lúcio Marques

Sergio Viola

Uriel de Magalhães

Editor Responsável

Antonio Carlos Teixeira

Impresso no Brasil/*Printed in Brazil*

Todos os direitos reservados e protegidos pela Lei 9.610 de 19.2.78.

Nenhuma parte deste livro poderá ser reproduzida ou transmitida sejam quais forem os meios empregados: eletrônicos, mecânicos, fotográficos, gravação ou quaisquer outros, sem autorização por escrito da Funenseg.

Coordenação Editorial

Gerência de Publicações

e-mail: publicacao@funenseg.org.br

Capa

Larissa Medeiros

Diagramação

Info Action Editoração Eletrônica Ltda - Me

Revisão

Ângela Beatriz de Carvalho Faria

Apresentação

Algumas vezes, o acaso nos brinda com boas surpresas e sinto-me bafejado pela sorte de estar no cargo de Secretário Executivo quando a Funenseg completa 30 anos e ingressa na fase da maturidade. A data é ainda mais auspiciosa para mim porque em 2001 comemoramos também os 20 anos de criação da revista *Cadernos de Seguro*.

As realizações da Funenseg ao longo destas décadas estão sendo expostas em diversos eventos. Apesar de todas manifestações, grande parte das realizações da instituição permanecem pouco conhecidas. Quase como segredos internos, abertos apenas aos que tem a honra de conviver com os seus profissionais e com o seu trabalho do dia-a-dia.

Esta afirmativa é ainda mais patente no caso da *Cadernos de Seguro*. Para um profissional com dupla atuação na academia e nas atividades de consultoria, encontrei uma fonte adicional de orgulho com o trabalho desenvolvido na edição da revista e dos livros publicados pela Escola. O trato fácil e cordial com a equipe de edição, a sua competência e o convívio amigo do Conselho Editorial transformam os problemas em desafios logo superados.

Mas esta apresentação não visa apregoar elogios e cumprimentos a profissionais e equipes. Para comemorar os 20 anos de criação da *Cadernos de Seguro*, a Funenseg brinda o mercado de seguros, resseguros, previdência privada e capitalização com o lançamento de *Cadernos de Seguro Coletânea*, uma reedição de artigos que marcaram a existência da revista nestas duas décadas, quer seja pela originalidade das idéias ou pela polêmica e reflexão que causaram. Os textos, ora republicados em dois volumes, foram selecionados pelo Conselho Editorial. São ensaios que podemos qualificar como clássicos, pois alguns sobrevivem à passagem dos anos e mantêm-se atualizados, como se tivessem sido escritos hoje.

Nesse trabalho de seleção dos artigos, possivelmente cometemos algumas injustiças ao excluir outros bons textos, também importantes, e que poderiam, sem dúvida, fazer parte de uma edição comemorativa. Pedimos desculpas antecipadamente pela omissão.

Claudio R. Contador, Ph.D
Secretário Executivo
Funenseg

Sumário

1	<i>Riscos Pessoais</i>	1
	Seguro de Pessoas: um Filão Inexplorado	3
	<i>Walter Nestlehner</i>	
2	<i>Vida</i>	17
	A Trajetória do Seguro de Vida, em Alguns Flashes	19
	<i>Luiz Mendonça</i>	
	A Atuária nos Seguros de Vida em Grupo	29
	<i>Severino Garcia Ramos</i>	
	Doenças Preexistentes no Seguro de Vida	45
	<i>Ricardo Bechara Santos</i>	
3	<i>Saúde</i>	61
	Seguro Saúde	63
	<i>Severino Garcia Ramos</i>	
	O Primeiro Passo Para a Organização de um Mercado de 60 Milhões de Brasileiros	73
	<i>Horácio L. N. Cata Preta</i>	
	A Quem Interessa a Destruição do Sistema Privado de Saúde?	83
	<i>Júlio Bierrenbach</i>	
4	<i>Acidentes do Trabalho</i>	89
	Seguro de Acidentes do Trabalho: Aspectos Técnicos e Jurídicos	91
	<i>Margarida Cavalcanti Pessoa</i>	
	Pontos Para Reflexão	99
	<i>Alda Fassbender</i>	

5	<i>Previdência Privada</i>	107
	Previdência Privada e Seguros	109
	<i>João José de Souza Mendes</i>	
	Um Estudo Comparativo Simplificado de Alguns Planos de	113
	Previdência Privada Aberta no Brasil – Sob a Ótica do Consumidor	
	<i>Francisco Galiza</i>	
	Um Estudo Inédito de Avaliação e Comparação de Planos	131
	de Previdência Privada Aberta	
	<i>Severino Garcia Ramos</i>	
	O Círculo Virtuoso	137
	<i>Nilton Molina</i>	
	Um Compromisso de Longo Prazo	145
	<i>Ricardo Pereira Câmara Leal</i>	
	Flexibilidade e Transparência	153
	<i>Luiz Peregrino Vieira da Cunha</i>	



RISCOS PESSOAIS

Seguro de Pessoas: um Filão Inexplorado

WALTER NESTLEHNER

O segurador brasileiro, pressionado nos últimos tempos por uma situação mercadológica desfavorável, face às oscilações econômicas que afetam o setor, está aplicando toda a sua criatividade na busca de alternativas que possam ampliar sua produção e maximizar sua lucratividade.

Nessa demanda por melhores estratégias, nota-se o crescente interesse pelo desenvolvimento do ramo de seguros de pessoas, canalizando-se esforços principalmente nas modalidades de seguro de vida, fundos de pensão e saúde.

Isso demonstra uma satisfatória mudança de rumo do segurador brasileiro, que começa a trilhar os caminhos do marketing em seguro, na busca de melhores alternativas de servir o cliente.

Kotler, o grande mestre do marketing, enfatiza em seus livros a importância de se reavaliar periodicamente os serviços ou produtos, calibrando-os de acordo com valores e satisfações genuínas dos clientes.

É preciso reconhecer novas oportunidades, em tempo hábil, num mundo em constantes mutações, onde o cliente realmente é soberano.

Novos desejos e novas tendências sociais estão levando o homem moderno a exigir modalidades que satisfaçam plenamente suas aspirações de bem-estar, segurança e tranquilidade, encontráveis hoje na abrangente área de seguros de pessoas.

Dentro dessa nova orientação para o mercado, é surpreendente, entretanto, que o segurador brasileiro não tenha atentado ainda para as imensas possibilidades do seguro de vida individual, considerado a base do ramo de seguros de pessoas, modalidade que predomina nos países civilizados, onde indiscutivelmente está posicionada como a força-motriz da Instituição de Seguro, pela sua notável capacidade de gerar reservas e conjugar seguro com poupança.

Seguro de vida individual + poupança

Pelas suas características especialíssimas, o seguro de vida individual, principalmente o plano dotal, é capaz de atender plenamente todos os riscos que corre o homem moderno.

Por um lado, ele se apresenta como um instrumento de proteção à família contra os infortúnios a que está sujeito o seu chefe. É a forma prática de se garantir um patrimônio para a família, com certeza de integralização, qualquer que seja a hora em que ocorra o infortúnio. Por outro lado, essa modalidade se constitui também num instrumento de acumulação de bens para o próprio homem. Se ele sobreviver, à época da aposentadoria, estará à sua disposição o patrimônio acumulado, para o seu próprio gozo, ou a renda temporária ou vitalícia prevista no contrato.

As características do plano de vida individual ou fundo de pensão estão provocando verdadeira revolução social nos países altamente desenvolvidos, por viabilizarem o direito do cidadão a uma aposentadoria digna, justa e gratificante na velhice.

No Brasil, levando-se em conta que mais de 50% da população têm menos de 20 anos de idade e que esse grande contingente de mão-de-obra precisa de colocação, a saída dos idosos, com possibilidade de aposentadoria, para dar lugar aos jovens, será uma tendência irreversível.

Dessa forma há uma expectativa favorável ao seguro de vida individual, principalmente por oferecer retorno de capital ou renda, vantagens essas tão apregoadas pelas entidades de previdência privada, e pela tendência do público em interessar-se cada vez mais pelas modalidades que lhe propiciem algo mais que a tradicional cobertura, em caso de morte.

O vida individual, se contratado com reajuste anual do capital segurado, torna fácil a consecução dos dois objetivos principais almejados pelo chefe de família, pois, além da cobertura por morte e por invalidez, é também um seguro de poupança, permitindo ao segurado dispor dos valores de empréstimos ou resgate já a partir de determinado ano de vigência da apólice: normalmente a partir do 3º ano.

As reservas originárias desta modalidade, a longo prazo, formarão os fundos ou dotes que serão colocados à disposição do segurado por ocasião de sua aposentadoria ou na data por ele fixada, devidamente corrigidos.

Motivação instintiva e impulsiva

A propensão à poupança como meio de acumular riquezas é, sem dúvida, consequência da evolução social e econômica do homem.

O homem moderno sabe que uma boa maneira de criar um patrimônio é através da poupança, reservando parcela de sua renda para ser aplicada em títulos de renda, cadernetas de poupança, imóveis ou outros bens reprodutivos ou valorizáveis.

Este processo entretanto está sujeito a vários riscos: se ocorrer alguma dificuldade financeira, a poupança será utilizada na parte ou no todo. Por outro lado, a morte prematura do indivíduo ou a sua invalidez frustrará os seus propósitos, ficando o patrimônio reduzido apenas ao montante aplicado.

Deve ser lembrado ainda que, embora tenha-se conseguido grande avanço junto ao povo em termos de conscientização sobre a poupança, haja vista o sucesso das cadernetas de poupança, sabemos que o brasileiro continua arredo e pouco afeito à economia e à poupança, comprovando-se que o prazo médio é pequeno. Aliás, segundo pesquisas sobre hábitos de poupança do brasileiro, verificou-se que ele poupa nos 12 meses para consumir no fim do ano, influenciado intensamente pelos eficientes processos de comunicação e comercialização do mercado.

Para que ele mude de hábito e passe a poupar mais, será preciso um estímulo muito forte. Só mesmo uma modalidade que tenha a invulgar propriedade de conjugar o instinto de proteção com o impulso de poupança poderá induzi-lo a manter seu plano de investimento sem as tentações do consumo, pois, ao subscrever a apólice de seguro de vida individual, o homem tem em mira duplo objetivo: garantir a família contra o risco de sua morte prematura ou criar um patrimônio para si próprio, se sobreviver à idade em que tenha que pensar em aposentadoria.

A poupança passa a ser, então, não um fim em si mesmo e sim o meio de atingir a satisfação de todos os seus ideais. O receio de frustrar a realização de objetivos tão importantes leva-o a considerar o pagamento do prêmio do seguro como uma obrigação para a família e para consigo mesmo.

Desta forma, mais que qualquer outro tipo de investimento, as modalidades vida individual e os planos de aposentadoria concorrem vigorosamente para a formação do hábito de poupança. A prova disso é que, em vários países de economia mais avançada, a procura dessas modalidades supera a de outros ramos, sendo hábito corrente a inclusão sistemática do prêmio ou contribuição nos orçamentos domésticos.

Como conseqüência, em países como os Estados Unidos, as reservas das companhias que operam com esses planos atingem cifras astronômicas e suas aplicações, nos mais variados setores da indústria e do comércio, contribuem decisivamente para o desenvolvimento da economia do País.

Características técnicas do seguro de vida individual dotal

O dotal é um seguro combinado (em caso de morte e vida). É uma combinação de seguros temporários com dotal puro.

O capital será pago aos beneficiários se ocorrer a morte do segurado no decorrer do período previsto, ou ao próprio segurado se este sobreviver ao prazo do contrato.

Esta modalidade normalmente é contratada por prazo de 10 (mínimo) a 30 anos. Pagamento de prêmios por todo o período, cessando, porém, com a morte do segurado, sendo pago o capital segurado imediatamente aos beneficiários. A taxa de risco é fixa, por ser constituída sob regime de prêmio nivelado. Esta modalidade oferece resgate, empréstimo e valor saldado em vida ao próprio segurado, a partir do 3º ano.

O seguro dotal poderá oferecer 4 (quatro) formas de liquidação ao término do contrato:

1º – O segurado recebe 100% do capital segurado, corrigidos pelos índices das ORTNs, se esta foi a forma escolhida no início do contrato;

2º – O segurado poderá converter a apólice em seguro saldado, recebendo outra apólice quitada de valor aproximado de 200% do seguro atingido na época, variando apenas em função de idade inicial, isto é, quanto mais jovem tenha feito o primeiro seguro, maior será o percentual de seguro saldado, pagável daí para frente unicamente por morte aos beneficiários.

O segurado ficará dispensado do pagamento de prêmio, a partir do momento em que tornar seu seguro remido ou saldado;

3º – O segurado poderá levantar empréstimos de parte do capital segurado integralizado (entre 50% e 90% do dote), deixando o restante do capital para ser pago aos seus beneficiários (descontados dos juros e correção monetária do empréstimo levantado) quando ocorrer a sua morte;

4º – O segurado poderá transformar o dote integralizado em uma renda temporária ou vitalícia, com um mínimo de prestações garantidas aos beneficiários.

Coberturas adicionais

De um modo geral todos os planos de seguros de vida individual poderão ser feitos com outras coberturas paralelas, aumentando as garantias e eliminando todos os riscos possíveis, conforme verificaremos a seguir:

a) *Dupla Indenização por Morte Acidental*. Garante o pagamento em dobro do capital principal segurado, caso a morte seja provocada por acidente. Poderá também ser feito com cláusula tripla ou outros múltiplos, mediante pagamento de um prêmio adicional muito barato, mais ou menos de 0,5% do custo do seguro de vida. Esta cláusula abrange todas as coberturas e também as exclusões típicas do seguro de acidentes pessoais, convencional.

b) A *Cláusula de Invalidez* apresenta duas opções de garantias, à escolha do segurado:

1ª – **Invalidez Simples**: o segurado fica isento de pagamento de prêmio, no caso de incapacidade física provocada por doença ou acidente;

2ª – Invalidez com Renda: garante uma renda proporcional ao capital segurado vigente na época do evento, geralmente entre 1% e 5% ao mês sobre o capital, conforme escolha do segurado e conforme taxas adicionais de prêmios acordados no início do contrato;

3ª – Invalidez Total e Parcial por Acidente: esta cláusula (muito usada no seguro em grupo), prevê o pagamento de 100% do capital principal, no caso de invalidez total, e percentuais que vão de 3% a 100% no caso de invalidez parcial.

Todas as cláusulas adicionais de invalidez, sejam provocadas por doença ou por acidente pessoal, trazem em seu texto as coberturas incluídas bem como as restrições ou casos em que não oferecem coberturas.

A restrição básica está no fato de que as seguradoras geralmente só aceitam vender esse tipo de adicional (invalidez por doença) simples ou com renda até a idade de 50 anos para ingresso e 60 anos para término do aditivo. A partir dos 60 anos torna-se sem efeito a referida cláusula, diminuindo também proporcionalmente o prêmio até então pago pelo segurado.

Valores garantidos em vida

A constituição da reserva matemática é condição indispensável à seguradora que opera com vida individual dotal, para garantia dos contratos em vigor. Ela tem origem no nivelamento dos prêmios e carregamentos adiantados à seguradora e, por isso mesmo, retornáveis ao segurado.

Dessa forma, o segurado, possuidor de uma apólice de vida individual dotal pelo sistema de prêmio nivelado, tem direito ao retorno do capital aplicado em vida, caso sobreviva ao período determinado no contrato, geralmente sob a forma de resgate, empréstimo ou remissão, concedidos geralmente a partir do 3º ano de vigência.

Empréstimo em Dinheiro. Decorridos três anos de vigência da apólice, e pagos integralmente os prêmios correspondentes àqueles três anos, a companhia facultará ao segurado, nas condições estabelecidas, empréstimos em dinheiro de quantia que não exceda o constante do quadro de valores, que integra a apólice.

Segurado Saldado. Benefício no caso de cessação de pagamento de prêmios: se após o pagamento de prêmios por três anos completos qualquer prêmio subsequente não for satisfeito, no seu vencimento ou no prazo de graça, e se não houver dívida em favor da companhia, o seguro será convertido automaticamente em seguro saldado pelo valor indicado no quadro de valores garantidos, anexo à apólice.

O seguro saldado isenta o segurado da continuidade do pagamento de prêmios e está sujeito às mesmas condições da apólice, porém sem direito a empréstimo ou valores de resgate, salvo se for reabilitada novamente.

Valor de resgate: o valor de resgate corresponde ao quadro de valores garantidos da apólice e depende dos mesmos fatores que influem no cálculo do valor saldado.

Depois de integralizados três prêmios anuais, se por qualquer motivo o segurado não desejar continuar com o seguro, poderá negociar a apólice com a seguradora pelo valor do resgate em dinheiro.

Esse valor consta do quadro de valores garantidos, inseridos na forma de permilagem, isto é, determinando ano a ano o valor proporcional atingido por Cr\$ 1.000,00 de capital segurado.

O pedido de resgate deve ser feito dentro do prazo de três meses, contados a partir da data de vencimento do prêmio não pago.

Esses direitos estão estabelecidos no quadro de valores garantidos que acompanham as apólices de seguros de vida individual. Esse quadro determina, ano a ano, a partir do 3º, as quantias que o segurado tem direito a levantar em vida, ou caso abandone o seguro ou queira saldar a apólice, bem como o valor que seus beneficiários receberão quando ocorrer a morte.

Dessa forma, o quadro de valores garantidos transforma o seguro de vida individual dotal numa das formas de poupança mais perfeitas do mundo, pois, eliminando todos os riscos que poderiam afetar o processo de capitalização, vence o tempo, garantindo já a integralização do capital pretendido se ocorrer o risco, ou propiciando retorno de capital se porventura o segurado estiver vivo no final do contrato.

Correção monetária no seguro de vida individual dotal

A Lei nº 4.357 de 16.07.64, que criou a Obrigação Reajustável do Tesouro Nacional (ORTN) – hoje uma das principais fontes de aplicação dos recursos provenientes das reservas da carteira de seguro de vida –, possibilitou ao mercado segurador oferecer em suas apólices de seguro de vida individual a cláusula de correção monetária.

Graças a esse dispositivo, as seguradoras podem inserir nas condições gerais de suas apólices uma cláusula garantindo o reajustamento anual, tanto dos benefícios oferecidos pelo seguro, como capital segurado, valores de resgate, empréstimos, valor saldado, como dos prêmios ou empréstimos a serem pagos pelo segurado.

Para melhor avaliação do funcionamento da correção monetária no seguro de vida individual dotal, veja a seguir o demonstrativo da evolução no tempo de um plano de seguro de vida individual dotal:

- Idade inicial do segurado = 30 anos
- Correção monetária = 30% ao ano
- Dote pagável aos 50 anos de idade
- Prazo de integralização = 20 anos

Coberturas: Morte Natural – Dupla Indenizada Morte Acidental – Invalidez Permanente Total e Parcial por Acidente Projeção de um Seguro de Vida Individual – Dotal Valores Hipotéticos						
Evolução no Tempo dos Capitais Segurados				Evolução dos Valores de Poupança		
Anos	Capital Segurado	Dupla Indenização	Invalidez Para Acidente Total ou Parcial	Prêmios Anuais	Prêmios Acumulados	Resgate e Empréstimo
1º	1.000.000	2.000.000	1.000.000	50.000	50.000	–
2º	1.300.000	2.600.000	1.300.000	65.000	115.000	–
3º	1.690.000	3.380.000	1.690.000	84.500	199.500	60.000
4º	2.197.000	4.394.000	2.197.000	109.850	309.350	160.000
5º	2.856.100	5.712.200	2.856.100	142.805	452.155	320.000
6º	3.712.930	7.425.860	3.712.930	185.646	637.801	570.000
7º	4.826.809	9.653.618	4.826.809	241.340	879.141	950.000
8º	6.274.852	12.549.704	6.274.852	313.743	1.192.884	1.500.000
9º	8.157.308	16.314.616	8.157.308	407.865	1.600.749	2.350.000
10º	10.604.500	21.209.000	10.604.500	530.225	2.130.974	3.580.000
11º	13.785.850	27.571.700	13.785.850	689.292	2.820.266	5.370.000
12º	17.921.605	35.843.210	17.921.605	896.080	3.716.346	7.960.000
13º	23.298.086	46.596.172	23.298.086	1.164.904	4.881.250	11.700.000
14º	30.287.512	60.575.024	30.287.512	1.514.376	6.395.626	17.000.000
15º	39.373.766	78.747.532	39.373.766	1.968.688	8.364.314	24.600.000
16º	51.185.896	102.371.792	51.185.896	2.559.295	10.923.609	35.000.000
17º	66.541.665	133.083.330	66.541.665	3.327.083	14.250.692	50.800.000
18º	86.504.164	173.008.328	86.504.164	4.325.208	18.575.900	72.500.000
19º	112.455.413	224.910.826	112.455.413	5.622.771	24.198.671	103.000.000
20º	146.192.037	292.384.074	146.192.037	7.309.602	31.508.273	146.192.000

Comissões de corretagem

O corretor de vida individual percebe uma das melhores comissões da Instituição de Seguros.

Geralmente as comissões são calculadas sobre o prêmio, variando os percentuais em função da modalidade vendida.

A comissão de vida individual sempre é maior no primeiro ano, chegando em alguns planos até a 50% do prêmio, decrescente nos anos seguintes, porém continuando por vários anos a fim de motivar o corretor a se interessar pela boa manutenção da carteira.

Embora variando um pouco de uma companhia para a outra, a escala de comissões pode ser enquadrada nos seguintes parâmetros.

Tabela

Modalidades	Comissão no 1º ano	Comissão no 2º ano	Comissão no 3º ano	Comissão no 4º ano	Comissão no 5º ano em diante
Dotal (20-30 anos)	25 a 40%	20%	5%	5%	5%
Vida Pagamentos Limitados	40%	20%	5%	5%	5%
Vida Inteira	40 a 50%	20%	5%	5%	5%
Temporário	10 a 20%	10 a 20%			

Lucratividade

A formação de reservas do seguro de vida, principalmente o vida individual, obedece a padrões diferenciados em relação a maioria dos seguros. Cresce proporcionalmente na medida da expansão da massa de segurados, já que o risco de vida é absolutamente certo, sendo incerta apenas a época do evento.

Por isso, essas reservas atingem cifras fantásticas nos países altamente conscientizados sobre a importância do seguro de vida.

Nos Estados Unidos e na Inglaterra, por exemplo, as reservas de seguro de vida representam, respectivamente, 15% a 20% da poupança global destas nações. A boa aplicação das reservas gera resultados patrimoniais notáveis, transformando-se no suporte básico da Instituição Seguro.

Expectativas mercadológicas

Qualquer que seja o segmento econômico e social ocupado pelo chefe de família, ele sempre será sensível ao apelo de previdência para seus familiares e formação do seu “pé-de-meia” para a velhice.

Proteger órfãos, viúvas e inválidos é a própria razão de ser do seguro de vida, cujo conceito de valor eminentemente social e humano valoriza a figura do vendedor.

Por outro lado, devido à legislação específica, o seguro de vida não oferece quaisquer dificuldades na sua liquidação. É uma operação incontestável, paga imediatamente, salvo constatação de dolo ou fraude.

Além disso, conforme o critério de seleção de risco, não haverá carência e o capital segurado pago também não está sujeito a imposto de renda, não entrando também em inventário, não podendo ser alienado por dívida ou falência. Tais prerrogativas são exclusivas do seguro de vida.

Obviamente, o legislador preocupou-se principalmente em preservar a viúva e os filhos dos infortúnios causados pela morte do chefe de família.

Estas características do seguro de vida inegavelmente propiciam um relacionamento amplamente satisfatório do corretor com o cliente, além de gerar reflexos altamente positivos para a imagem da seguradora e do corretor na comunidade.

Potencial do seguro de vida

O Brasil se apresenta como um dos mercados mais promissores do mundo para o seguro de vida.

Para mensurar essa potencialidade, basta observar alguns dados significativos:

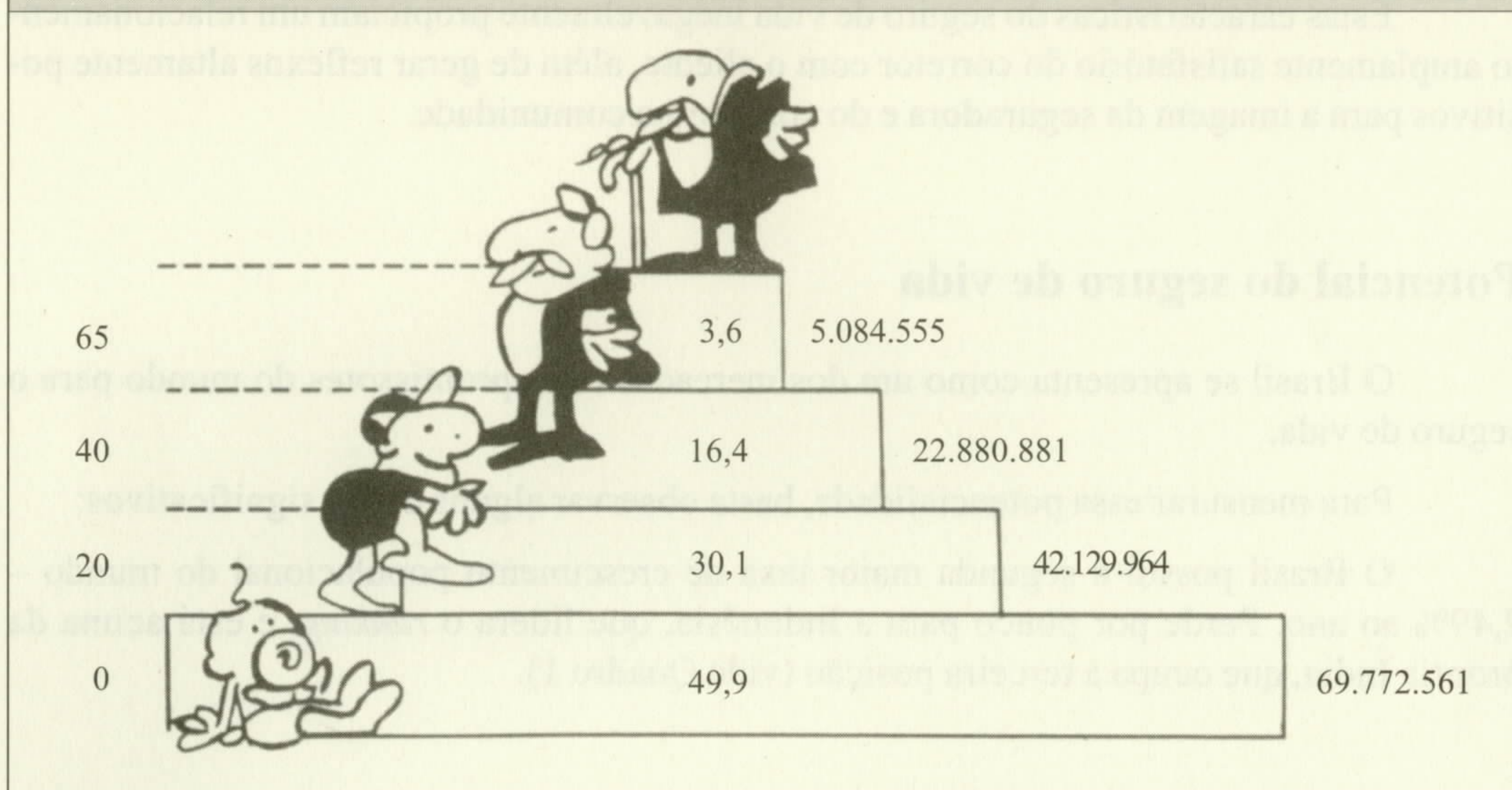
O Brasil possui a segunda maior taxa de crescimento populacional do mundo – 2,49% ao ano. Perde por pouco para a Indonésia, que lidera o *ranking*, e está acima da própria Índia, que ocupa a terceira posição (vide Quadro 1).

Quadro 1 Taxa Geométrica de Crescimento Anual dos Países mais Populosos – 1980	
Países	Taxa Média Geométrica de Crescimento Anual (%)
China	1,67
Índia	2,12
União Soviética	0,95
Estados Unidos	0,87
Indonésia	2,61
Brasil	2,49
Japão	1,11

Por outro lado, o Brasil é um país de jovens. Segundo projeção elaborada pelo IBGE, quase 50% da população brasileira serão constituídos por pessoas com menos de 20 anos em 1985.

Essas perspectivas são excelentes para a indústria do seguro de vida, cuja matéria-prima é a boa probabilidade de vida dos seus segurados.

Quadro 2
População Residente Estimada Segundo Grupos de Idade – 1985



* Total da população estimada para 1985 = 139.867.961.

Longevidade do brasileiro

O próprio aumento da vida média do brasileiro é um dado relevante. Pelo gráfico do quadro 3, verificamos que, de 1960 a 1980, o índice de pessoas com mais de 60 anos aumentou consideravelmente, pulando de 4,7% para 6,5%. Este fator é, sem dúvida, um dos principais responsáveis pela lucratividade da carteira de seguro de vida nos últimos anos. A curva evolutiva desses resultados tende a melhorar, na medida em que cresce o índice da média de vida do brasileiro, estimulando o mercado a concentrar maiores esforços nessa área.

Segmentação

A análise dos variados segmentos do mercado deve ser condição fundamental para um composto mercadológico apropriado ao desenvolvimento do seguro de pessoas.

Até há pouco tempo o segurador brasileiro, por exemplo, oferecia só seguro de vida em grupo para todos os segmentos. O mercado era trabalhado como uma massa de clientes homogêneos, não se levando em conta as diferenças em seus desejos e necessidades.

Quadro 3
Composição da População Segundo Grupos de Idade
1960 - 1980

Grupos de Idade	Composição da População (%)		
	1960	1970	1980
Total	100,0	100,0	100,0
0 a 14 anos	42,7	42,1	37,4
15 a 59 anos	52,6	52,8	56,1
60 anos e mais	4,7	5,1	6,5

As novas modalidades surgidas, seja na forma de pacotes, clubes, fundos de pensão, saúde, vida individual, vieram corrigir esse anacronismo, oferecendo novo elenco de ofertas, de acordo com interesses distintos do cliente alvo, situado em determinado segmento, onde poderá ser atingido por um composto de marketing específico.

O mercado segurador começa a perceber que a classe econômica e a faixa etária têm grande importância na diferenciação do comportamento do comprador de seguro de pessoas.

Felizmente para a seguradora que opera em seguros de pessoas quase todas as variáveis de segmentação são favoráveis à imediata ativação da produção, conforme verificamos pelos quadros estatísticos inseridos no campo deste trabalho.

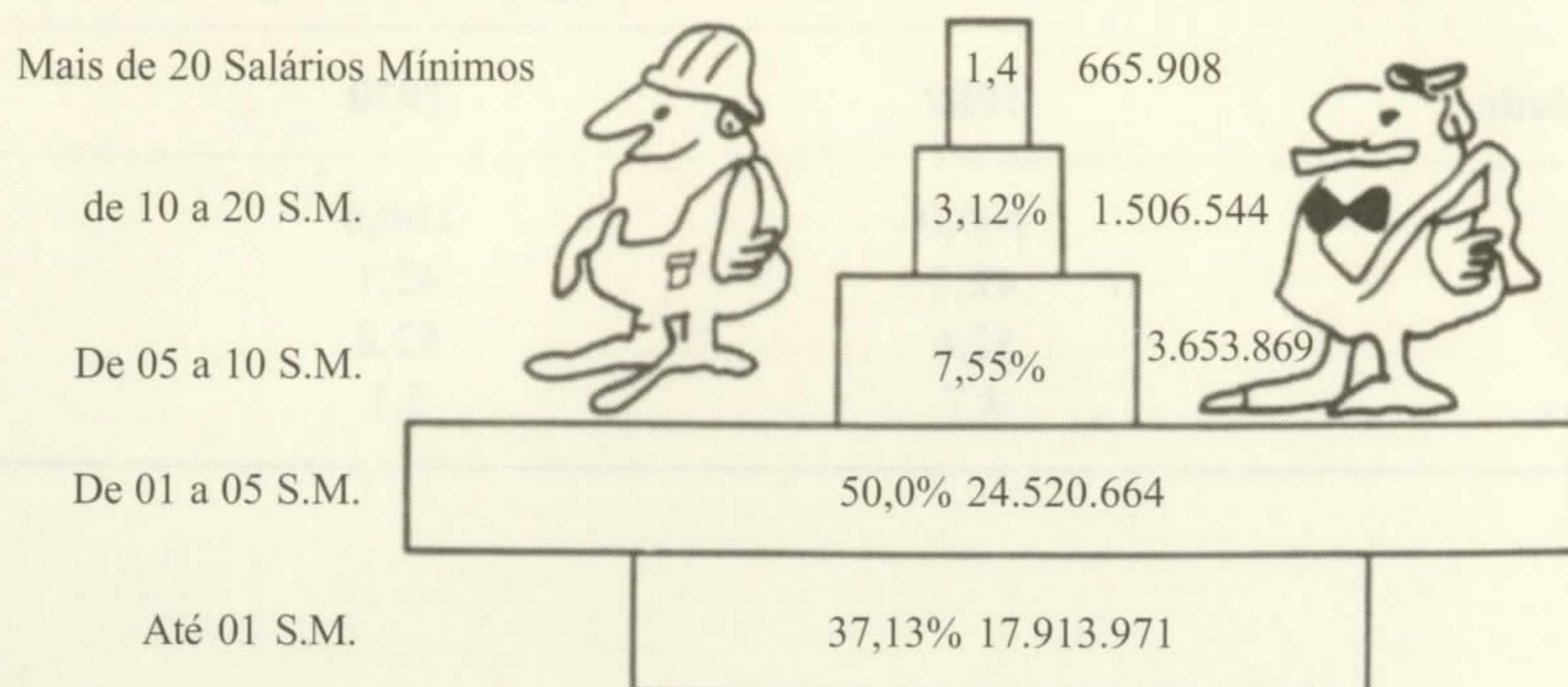
No que diz respeito à variável psicológica de comportamento do brasileiro em relação ao seguro de pessoas, sua melhora dependerá muito do incremento de comunicação, treinamento e propaganda a nível institucional e de produto.

No que concerne à segmentação geográfica, há muitos espaços vazios que merecem um esforço de marketing diferenciado, principalmente quanto à interiorização da produção, hoje concentrada 70% ou mais em São Paulo e Rio de Janeiro.

A análise de todas essas informações e mais a dos quadros 4 e 5, a seguir, oferece-nos condições para uma reavaliação dos segmentos que poderão ser melhor explorados pela multiplicidade de planos ora ofertados pelo mercado.

No quadro 4, constatamos que mais de 85% da população economicamente ativa ganham até 5 (cinco) salários mínimos. A essa classe menos abonada, logicamente, devemos oferecer as modalidades como o vida grupo convencional, clubes, acidentes pessoais e outros massificados de baixo custo. Para os outros restantes 15%, os produtos mais indicados certamente serão o vida individual, fundo de pensão, saúde, etc.

Quadro 4
Distribuição da População Economicamente Ativa
Segundo Grupos de Rendimentos Mensais – 1970/1980



Quadro 5
Indicadores Econômicos e Sociais

	PE	MG	RJ	SP	PR	RS	SC
População (em 1.000 habitantes) Censo 1980	6.147	13.389	11.300	25.036	7.629	7.778	3.687
População Urbana (% total) Censo 1980	61,6	67,1	91,8	88,6	58,6	67,5	59,7
População Alfabetizada (% do total) Censo 1980	44,0	59,8	74,9	72,4	64,2	74,4	64,9*
Arrecadação de ICM nov. 83 (em Cr\$ bilhões)	132,2	406,4	488,4	1.896,1	305,9	431,9	158,5
Arrecadação <i>per Capita</i> (em Cr\$ mil)	22,6	30,3	43,2	75,7	40,1	55,5	43
Arrecadação de Prêmios Seg. de Vida. VG/APC E V. Ind./83 – em Cr\$ 1.000.000,00	2.139	9.407	51.822	67.666	10.170	6.384	3.836
Receita Per Capita (em Cr\$ 1,00)	348,00	703,00	4.586,00	2.703,00	1.333,00	821,00	1.040,00

* Estimativa 28.12.84.

Potencial mercadológico

A venda, como função de marketing, deve ser promovida dentro do sistema integral de prestação de serviços. A execução de uma boa filosofia mercadológica, principalmente na venda de papéis ou de produtos subjetivos, está estribada numa prestação de serviços de alto nível. A conquista de um novo segurado implica o compromisso de uma assistência completa e permanente.

Na venda de seguro de vida, este conceito ganha contornos ainda mais significativos, devido às peculiaridades humanas e assistenciais do produto. Se houver falha no desempenho do serviço, as conseqüências irão atingir a parte mais sensível da sociedade – a família.

Assim quando se tem em vista a promoção e colocação do seguro de vida a nível compatível com as necessidades do mercado, algumas expectativas e fatos ligados à política de comercialização devem merecer especial consideração por parte das seguradoras e do corretor:

1º – Há um mercado de grande potencial para o seguro de pessoas, principalmente seguro de vida, saúde e fundo de pensão;

2º – O seguro de vida, principalmente o vida individual, atende às necessidades sociais, econômicas e emocionais do homem moderno, cuja motivação é verdadeiramente instintiva;

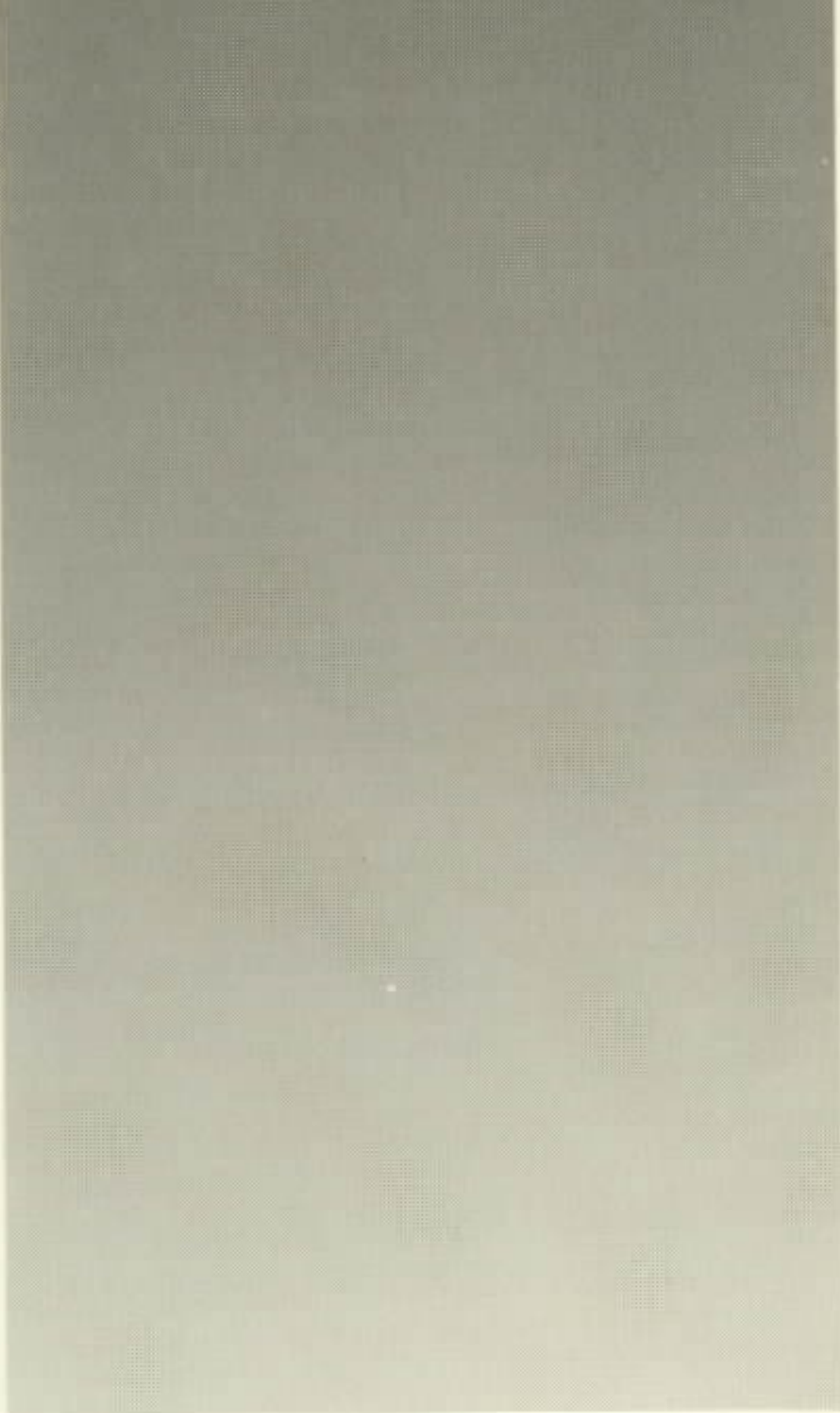
3º – Os clientes comprariam esse produto, se soubessem o suficiente sobre suas qualidades;

4º – Na venda do seguro de vida, a relação corretor/cliente deve se estabelecer visando a plena comunicação do conceito deste produto, provocando a plena satisfação do cliente;

5º – Ganhar e preservar o cliente devem ser os objetivos básicos da estratégia de marketing, exigindo mobilização de todas as atividades em função da satisfação e da manutenção do cliente, pois conservar o antigo é tão ou mais importante do que conquistar o novo cliente;

6º – Finalmente, é preciso comunicar e difundir muito mais o conceito de cada uma das modalidades de seguro de vida, para que o cliente possa interpretar melhor as qualidades do produto e adequá-las às suas reais necessidades.

Embora o escopo principal deste artigo tenha sido o de divulgar as características da modalidade mais completa do ramo vida, temos esperança de ter também sensibilizado os seguradores quanto à mobilização de esforços no desenvolvimento do seguro de vida individual no Brasil.



VIDA



A Trajetória do Seguro de Vida, em Alguns Flashes

LUIZ MENDONÇA

O seguro de vida nasceu no século XVIII, quando se criou na Inglaterra a *Society of Insurance for Widows and Orphans*.

A nova instituição não tardou a obter prestígio, unidos pelo reconhecimento de suas virtudes sociais. Tanto assim que, antes de findar o século do seu aparecimento, foi contemplada com atraente incentivo fiscal: o abatimento do prêmio no cálculo do imposto sobre a renda. Isso – fique sublinhado – há quase duzentos anos.

Práticas anteriores

Formas ancestrais do seguro de vida, com ele aparentadas nos objetivos, existiram ao longo de séculos. Há notícia, por exemplo, das *Collega Tenuiorum* na Roma Imperial, organizações de ajuda mútua que agrupavam diferentes segmentos da população ativa (suboficiais, pequenos comerciantes, lavradores, operários de minas, funcionários públicos subalternos, etc.).

Sempre tiveram esse caráter gremial as antigas fórmulas de proteção financeira a viúvas e órfãos. Prevalcia a divisa mutualística: um por todos e todos por um. Os sobreviventes repartiam entre si os ônus do amparo por todos prometidos às famílias dos que não sobrevivessem. Tinha-se por princípio que a boa sorte de muitos protegeria a desventura de alguns.

Tais fórmulas de ajuda mútua surgiram com as aglomerações urbanas. Nestas, a segurança econômica do grupo familiar, sem o arrimo existente em corpos sociais como a tribo e o clã, demandaria novo tipo de solução.

Apesar de longa história de fracassos, o mutualismo por muito tempo suscitou esperanças de êxito, multiplicando-se as experiências com esse esquema de auxílio mortuário. Justifica-se tal persistência: não havia outro caminho, antes do seguro de vida.

Causas de insucesso

Na literatura ocidental a explicação mais comum para tais fracassos é a da carência de bases técnicas nas antigas mutualidades. Argumenta-se que lhes faltavam condições científicas, apenas sobrevividas depois que no século XVII passaram a ter vigoroso fundamento matemático, com Pascal, o estudo das probabilidades e, com Halley (o astrônomo famoso), o estudo das funções biométricas.

Talvez nem tudo seja imputável à falta de técnica e de ciência. Afinal de contas, segundo a *Bible of Life Insurance*, o primeiro atuário da história terá sido *Domitius Ulpianus*, prefeito da antiga Roma, que chegou a organizar uma tábua de mortalidade, em seus estudos sobre os registros de óbitos e nascimentos.

O mutualismo pioneiro terá esbarrado não apenas no atraso técnico, mas também num repertório de outros fatores adversos: econômicos, sociais, demográficos e culturais.

O contexto econômico reduzia-se a acanhado espectro de atividades produtivas. E a organização social, privilegiando uns poucos, repartia os bens produzidos empobrecendo a grande maioria. Pouco ou nenhum lugar havia para uma classe média.

A evolução demográfica – ela, sim, prejudicada pelo atraso científico – foi sempre lenta, padecendo da falta de condições sanitárias favoráveis. Era curta a expectativa de vida e, baixo, o coeficiente de expansão populacional, este contido pela vizinhança entre os índices de óbitos e nascimentos.

O peso do componente cultural pode ser ilustrado até sem o recurso a exemplos de tempos remotos. Em amplas regiões da Ásia, ainda hoje a idéia do seguro de vida encontra resistências de fundo religioso. Na Arábia Saudita, por exemplo, sempre funcionavam apenas agências de seguradoras estrangeiras, pois o Corão vedava aos locais a exploração do seguro. Entretanto, o país há anos vem investindo na diversificação da sua estrutura produtiva, para escapar à excessiva dependência do petróleo exaurível. E por isso o Governo reconheceu afinal a necessidade de uma seguradora local, protegendo a economia e os investimentos nacionais. A solução foi aprofundar o estudo dos ensinamentos do profeta, à busca de nova e moderna interpretação dos textos sagrados. Dessa maneira chegou-se a outra versão. Nada realmente acontece por acaso, mas por vontade de Alá, inclusive a adversidade do acidente ou do evento danoso. Apesar desse determinismo sagrado, não é proibido que se dê auxílio ou amparo a quem é castigado pelo acontecimento adverso. Proibido é transformar essa proteção em fonte de lucro. Portanto, em janeiro do ano passado o Rei Fahad autorizou a constituição de uma seguradora mútua sem fins lucrativos: a *National Company for Cooperative Insurance*.

Queda das barreiras

No Ocidente foi a partir do século XIX que se operou a grande remoção de obstáculos. A Revolução Industrial mudou a escala de produção, a produtividade e o panora-

ma socioeconômico. O avanço científico e tecnológico, que provocou revolucionária transformação da economia, mudou também o quadro demográfico. Em 1800, já com doze séculos de história, a Europa tinha 180 milhões de habitantes. Em 1914, isto é, pouco mais de um século depois, a população já era de 460 milhões, crescendo cerca de 156 por cento.

Mudanças tão amplas nas bases econômica e demográfica implicariam obviamente significativas alterações sociais e culturais. Abriram-se largos espaços para a ocupação de uma crescente classe média. E alargou-se de forma contínua o leque de oferta de bens de consumo. “Cresceu a vida do homem na dimensão da potencialidade”, pois “conta ele com um espectro de possibilidades fabulosamente maior que nunca”. Isso observou Ortega y Gasset, na década de 30, em seu ensaio “A Rebelião das Massas”. E disse ele, ainda: a vida do homem médio, que está para a história como o nível do mar está para a geografia, agora alcança padrões antes característicos apenas das minorias culminantes. “Se, pois, o nível médio se acha hoje onde antes só o tocavam as aristocracias, isso quer dizer lisa e saudavelmente que o nível da história teve uma subida repentina”, dando um salto em poucas gerações, no correr tão-somente de um século.

Foi esse novo rumo da história que, mudando a qualidade de vida desde a base ao vértice da pirâmide social, rasgou amplos horizontes ao seguro de vida e outras formas de seguros de pessoas. Por todos os motivos, inclusive o demográfico. No período 1900-1980, a expectativa de vida aumentou dos 45 para os 73 anos, em seis importantes países da Europa, e dos 50 anos para os 74 anos nos Estados Unidos. No período 1960-1980 foi observado ainda, em 23 países de boas condições econômicas (incluídos, é óbvio, os industrializados), que:

- 1) Na pirâmide etária:
 - a) o grupo mais jovem (abaixo dos 15 anos) caiu 5,5 pontos percentuais, baixando para 23,1% da população;
 - b) o grupo mais idoso (acima dos 65 anos) cresceu 2,8 pontos percentuais, elevando-se para 11,3% da população;
- 2) Decresceu de 1,4 para 1,2 (em média) o coeficiente de pressão econômica sobre a população ativa, isto é, a carga sobre ela exercida pelos não-ativos. As quedas mais acentuadas desse coeficiente ocorreram nos Estados Unidos (de 1,6 para 1) e no Canadá (de 1,8 para 1).

Essa evolução demográfica resultou de extraordinário progresso: científico; tecnológico, econômico, social e cultural. Nos últimos 50 anos, a história deu salto ainda maior (e mais rápido) que o assinalado por Ortega y Gasset na década de 30. Hoje, na era da informática e da invasão do espaço cósmico, cresceu muito mais a vida humana na dimensão da potencialidade. E essa nova onda de progresso veio, é claro, carregada de implicações para o seguro de vida.

Abertura do leque

Exemplo das predecessoras caixas mortuárias, o seguro de vida, de início, limitou-se a formas simplificadas de proteção a viúvas e órfãos. Entretanto, na medida em que o desenvolvimento socioeconômico foi abrindo o leque das necessidades e aspirações humanas, tal seguro também se enriqueceu, desdobrando-se em variada oferta de garantias ao público.

O risco, essa variável desconhecida que é a duração da vida do indivíduo, foi decomposto em duas categorias: a morte e a sobrevivência (a determinado período de tempo). A proteção financeira, também em versão dupla, assumiu as formas do pecúlio e da renda. E dessas duas vertentes rolaram variadas combinações, talhando diversificados planos de garantias operados pelo seguro. A educação do filho menor; a assistência ao filho excepcional; a liquidação da dívida contraída para aquisição de casa própria ou de bens de consumo duráveis; a pensão ao próprio segurado; a preservação do capital da pequena empresa (morrendo sócio); a pensão à filha (quando solteira após determinada idade); até mesmo a pensão à esposa, sobrevivendo divórcio após duradoura ligação matrimonial; estas e outras formas de cobertura e de garantias acrescentaram-se aos planos clássicos do seguro de vida.

Dados recentes do seguro mundial

Vejam agora alguns dados sobre o recente comportamento mundial das operações de seguros de vida (excluídas as economias socialistas).

No período 1960-1983, o volume de prêmios elevou-se de 20,1 para 201 bilhões de dólares. Decuplicou, alcançando a taxa de crescimento da ordem de 10,5% ao ano. Os demais seguros, em conjunto, cresceram à taxa anual de 10,7%. Mesmo expurgando-se dos prêmios nominais o teor da inflação americana (que no período acusou a média anual de 5,4%), houve bom crescimento efetivo (4,8% a/a) do seguro de vida.

E cumpre observar ainda:

- 1) que, no triênio 1980-1983, o seguro de vida cresceu acima do conjunto dos demais ramos (4,7% contra 2,3% ao ano);
- 2) que, ao longo do período 1960-1983, a arrecadação de prêmios do ramo vida correspondeu em média a 71% da arrecadação total dos demais ramos.

Há mais. Estudo recente apurou os seguintes e expressivos indicadores:

- 1) em 16 dos 18 países analisados vem crescendo a relação capitais segurados/PNB, destacando-se o caso do Japão, onde tal índice triplicou entre 1970 e 1983;
- 2) naqueles mesmos países o motor do crescimento do ramo vida tem sido (com poucas exceções) o seguro em grupo.

Conhecemos aqui no Brasil a força de penetração do seguro em grupo, cuja expansão é favorecida: por um custo mais reduzido; pela tendência de empregadores a incluírem

na sua política de pessoal a contratação de seguro de vida para os empregados; pela menor vulnerabilidade à corrosão inflacionária. A pressão negativa da inflação, desencorajando seguros de prazo longo, pode ser aquilatada através de alguns exemplos muito simples. Com uma inflação anual de 5%, o capital segurado perde metade do seu valor original em cerca de 14 anos; 39%, em 10 anos; 21,6%, em 5 anos. Com uma inflação anual de 10%, as perdas do capital segurado original são: metade, em 7 anos; 40%, em 5 anos.

Para encerrar estas ligeiras referências ao panorama mundial, vai aqui uma observação a respeito dos 15 maiores mercados seguradores do *ranking* mundial. Neles, o volume de prêmios do seguro de vida representa:

- de 2% a 4% do PNB em 9 países;
- de 1% a 1,9% do PNB em 5 outros.

A Itália registra taxa bem inferior (0,3%), não obstante o conjunto dos demais ramos tenha volume de prêmios da ordem de 2,3% do PNB.

O mercado americano

A análise da atividade seguradora é sempre enriquecida, quando inclui subsídios da experiência dos Estados Unidos, por causa do volume tanto de prêmios como de informação estatística naquele país.

Chama desde logo atenção, ali, o número de segurados no ramo vida: 150 milhões de pessoas, correspondendo a 2/3 da população. Em 1982, os capitais segurados somaram o equivalente a 156% da renda nacional; e sua média aritmética, para os 30,8 milhões de famílias existentes no país, foi de US\$ 49,3 mil, subindo a US\$ 57,3 mil em relação aos 78,1 milhões de famílias seguradas. E um robusto mercado cujo faturamento de prêmios evoluiu à taxa anual de 7,9% entre 1950 (US\$ 7,2 bilhões) e 1984 (US\$ 94,1 bilhões).

No período 1950-1984, dois fatos convém destacar quanto ao ramo vida:

- 1) o número de seguradoras aumentou de 649 para 2.134;
- 2) as maiores taxas de expansão, nos negócios de tais seguradoras, ocorreram nos planos de pensões e de seguro saúde.

Em 1982, a receita de prêmios totalizou US\$ 134,8 bilhões, assim decomposta:

Seguros de Vida , nestes incluídos	
US\$ 42,8 bilhões de seguros de pensões	US\$ 94,1 bilhões
Seguro-saúde	US\$ 40,7 bilhões
	US\$ 134,8 bilhões

Entre 1950 e 1984, em termos de receita de prêmios, o seguro de vida cresceu de US\$ 939 milhões para US\$ 42,8 bilhões (11,9% ao ano) nos planos de pensões, e nos demais planos, de US\$ 6,2 bilhões para US\$ 51,3 bilhões (6,4% ao ano); o seguro saúde cresceu de US\$ 1 bilhão para US\$ 40,7 bilhões (11,5% ao ano).

Esses dados revelam a capacidade de adaptação das seguradoras às tendências do mercado. Souberam elas responder à concorrência dos fundos de pensões, mecanismo de conquista de melhores níveis de aposentadoria, cujo grande ímpeto ocorreu a partir dos anos 50 entre as instituições sindicais. Os planos de pensões das seguradoras, que em 1940 tinham apenas 695 mil participantes, em 1955 já abrangiam 4 milhões, chegando em 1984, a 35,5 milhões. A outra resposta das seguradoras de vida foi à procura do seguro saúde, que se tornou ascendente na medida em que, de um lado, aumentou a insatisfação com os padrões de assistência médica do seguro social; de outro lado, elevaram-se os custos da medicina particular.

Sintetiza essa mudança estrutural um indicador bastante expressivo. Os seguros de vida (excluídos os planos de pensões) em 1950 representavam 76% da receita de prêmios das seguradoras do ramo; em 1984, passaram a representar 38%.

Outros dados de grande interesse, para fins analíticos, são os que se referem ao perfil das compras de seguros novos. O último ano sobre o qual dispomos de informações é o de 1982 quando as compras totalizaram US\$ 837,9 bilhões em capitais segurados. Naquele ano, 73% dos compradores distribuía-se em classes de renda anual abaixo de US\$ 25 mil. E a distribuição de frequência das apólices mostrou que 55% das mesmas situavam-se em classes não superiores a US\$ 25 mil de capital segurado.

Também importa assinalar, no seguro de vida americano:

- 1) que a relação entre o valor médio da apólice por família e a renda anual disponível também por família, da ordem de 1,9 em 1945, logo a seguir se estabilizaria em 2,3 até 1982, chegando a 2,5 em 1984;
- 2) que, desde 1945 até hoje, os prêmios pagos pelos segurados do ramo vida têm oscilado em torno de 3,6% da renda pessoal disponível;
- 3) que os chamados seguros industriais (com capital inferior a mil dólares e pagamento semanal ou mensal do prêmio), no final de 1984, totalizavam 58 milhões de apólices e US\$ 34,4 bilhões em valores segurados.

Por último, registre-se que a evolução do seguro de vida tem permitido às seguradoras do ramo o desempenho de importantes funções econômicas e sociais. O volume de capitais e reservas (técnicas e livres), que era de US\$ 64 bilhões em 1950, elevou-se a US\$ 723 bilhões em 1982, colocando tais seguradoras em segundo lugar no *ranking* dos investidores institucionais. Em 1982, 44,6% daqueles recursos (US\$ 322,5 bilhões) estavam aplicados em títulos privados; 21,7 (US\$ 156,7 bilhões) em hipotecas; 13,8% (US\$ 99,8 bilhões) em títulos públicos; 7,5% (US\$ 54,5 bilhões) em empréstimos a segurados; 3,6% (US\$ 25,8 bilhões) em imóveis.

A evolução no Brasil

O advento do seguro brasileiro, é óbvio, teria de ser posterior à independência política do País, somente alcançada em 1822.

É verdade que no período colonial aqui já se falava e escrevia sobre as virtudes de tal instituição. Em 1810, por exemplo, assim doutrinava o Visconde Cayru:

“O comércio de seguros, arrimando todos os outros, e por conseqüência a civilização, he sem dúvida um dos mais beneméritos da humanidade; especialmente quando tem por objecto o amparo da viúva, do orphão, do velho e do jornaleiro, ou pobre, ou desgraçado, ou debilitado pelo trabalho”.

Não obstante tal elogio doutrinário, que aliás dava realce ao seguro de vida, este seria, anos depois, condenado pelo Código Comercial, que em 1850 o vedava (Art. 686 item 2), quando contratado “sobre a vida de alguma pessoa livre”. Tal seguro, portanto, àquela altura somente era legítimo se tivesse a finalidade econômica de resguardar o patrimônio vivo dos senhores de escravos. Mas, apesar dessa proibição não tardaria sua existência oficial no País. Em 1855 foi autorizada a funcionar a “Companhia Tranqüilidade”, aceitando seguros sobre as vidas de pessoas livres.

Não se dispõe de informações posteriores sobre o desempenho e a expansão que tenha alcançado esse ramo de seguro. Sabe-se no entanto que, em 1895, a ele o Governo dava alguma importância, pois naquele ano, através do Decreto nº 234, passava-se a obrigar as seguradoras estrangeiras a empregarem em “valores nacionais” (imóveis, hipotecas, ações de caminhos de ferro, bancos, empresas industriais) as “reservas de todas as apólices vigentes no Brasil”.

Em 1930, o seguro de vida era o mais importante no *ranking* nacional, faturando 43% do total de prêmios do mercado. Esse percentual entraria depois em declínio. Caiu em 1945 para 27,5% e, no final de 1984, para 13,7%.

Essa queda de posição relativa é, no entanto, indicadora em alto nível de generalização. Convém, por isso, descer a análise a dados que possam conter alguma contribuição explicativa.

Nos últimos quarenta anos, o salto que deu a economia brasileira (em volume de produto, de estoque de capitais e de renda pessoal disponível) criou ambiente e condições para uma correlata e forte expansão de toda a atividade seguradora. Disso, porém, os chamados ramos elementares conseguiram tirar maior e melhor partido do que o ramo vida.

No quinquênio 1945-1950, o seguro de vida teve crescimento real de 7,7% ao ano, os ramos elementares, 8,9%. No período 1950-1965, o seguro de vida experimentou declínio real de 2% ao ano; os ramos elementares, ao contrário, cresceram à taxa anual de 3,2%. Nos quinze anos seguintes (1965-1980), ambos os grupamentos cresceram: vida 12,2% ao ano; ramos elementares, 11,5%. No período 1980-1984, ambos tiveram perda real de faturamento: 8,4% ao ano, o ramo vida; 4,4% ao ano, os ramos elementares.

Esses números deixam patente que a pior fase do seguro de vida nacional foi a do período 1950-1965, quando ocorreu sistemático decréscimo real de faturamento. Tal fase caracterizou-se pela exacerbação do processo inflacionário. A taxa anual de inflação, que antes acusara média da ordem de 10%, subiu para 17% entre 1950 e 1958 e para 52% nos seis anos seguintes isto é, 1958 a 1964. Ora, em boa parte dos anos 50, o que prevalecia, nas operações das seguradoras, era a carteira de seguro de vida individual, somente superada pelo vida em grupo (com pequena margem) no ano de 1960.

Mas, além da inflação, outros obstáculos se ergueram ao crescimento das operações das seguradoras do ramo vida. Tiveram elas que enfrentar, por exemplo, a concorrência não só dos montepios e da previdência social, como também, depois, a dos fundos de pensão.

A previdência social – que não chegou de repente a seu gigantismo atual, mas por um processo de gradativa e persistente expansão – sempre foi importante fator de emagrecimento da renda pessoal disponível. Chegou hoje a seu nível mais alto de encargo para o segurado representando de 8,5% a 10% do chamado “salário de contribuição”. Mas esse encargo, embora antes menos oneroso, em qualquer época sempre esteve bem acima da média, por exemplo, que o americano por longo tempo vem dispendendo com seguro de vida (3,6% da renda pessoal disponível). E deve-se pôr em relevo, no exame desses dados, que o teto para a incidência da contribuição previdenciária, com gabarito em 10 e depois em 20 salários mínimos, sempre foi demasiado abrangente. Basta dizer que, segundo o Censo de 1980, somente 1,6% da População Economicamente Ativa (PEA), então recenseada, tinha remuneração superior a 20 salários mínimos.

É verdade que não satisfaz a boa parte da massa de contribuintes a contrapartida que lhes pode dar a previdência social, em termos de pecúlio ou de renda de aposentadoria. Isso abre uma porta à ação complementar do seguro privado, em particular do seguro de vida. Mas diante dessa porta se ergue, como fator de bloqueio, o emagrecimento que a PEA sofre na renda pessoal disponível, sugada pelo alto índice de contribuição previdenciária.

Os montepios, operando sem a disciplina de regime legal próprio e sem o controle de um órgão fiscalizador, desfrutavam de vantajosa liberdade na concorrência com as empresas seguradoras, estas perdendo ímpeto com as amarras de estritas e detalhadas regras legais. Tal quadro alterou-se em 1977 com a promulgação da lei da previdência privada, enquadrando não só os montepios, mas também os chamados fundos de pensão.

Esses fundos, de história bem mais recente no País, tiveram no entanto surpreendente e rápida expansão, suplantando montepios e empresas seguradoras. Eram eles, no final de 1984, em número de 145 (112 governamentais e 33 privados), com mais de um milhão e quatrocentos mil participantes.

No ano de 1984, a receita global gerada pelo seguro de vida e pela previdência privada foi de Cr\$ 2.666,8 bilhões, assim distribuída:

			Cr\$ bilhões
Seguro de Vida (incluída a parte desse ramo incorporada ao seguro habitacional)			805,3
Previdência Privada – Aberta	220,3		
Fechada	1.641,2		1.861,5
			2.666,8

Os fundos de pensão arrecadaram, portanto, duas vezes o que foi captado pelo seguro de vida e quase oito vezes o que arrecadaram os antigos montepios. Tornaram-se os grandes concorrentes do seguro de vida. Entretanto, não obstante o grande impulso que tiveram os fundos de pensão, a verdade é que a receita agregada de todos os esquemas privados de pensões e pecúlios (incluído o seguro de vida) apenas correspondeu, em 1984, a 0,69% do PIB, quando a mesma relação varia entre 1% a 4%, nos 15 maiores mercados seguradores do mundo.

Creio assim que não se pode exigir do seguro de vida, no Brasil, evolução maior e mais rápida que a obtida até agora, tais os obstáculos a ele opostos. E não deixa de ser grande feito, por exemplo, o crescimento real de aproximadamente 10%, registrado no faturamento de prêmios em 1985. Depois de sucessivos anos de recuo, esse crescimento é um fato de excepcional significação, porque alcançado mal a economia dá os primeiros e ainda trôpegos passos para sair de prolongada crise.

Creio que não se pode exigir mais do seguro de vida porque à sua expansão oferecem poderosa resistência, além da competição dos fundos de pensão, os seguintes fatores de bloqueio:

- 1) o gigantismo da previdência social, cuja arrecadação é da ordem de 5% do PIB;
- 2) o FGTS, reserva de longo prazo de todo assalariado, para muitos funcionando como sucedâneo do seguro e da previdência privada;
- 3) o perfil de distribuição da renda nacional.

Talvez seja conveniente acrescentar outro dado a essa análise. O seguro saúde, nos últimos anos, tem experimentado forte expansão. Crescente camada da sociedade, procurando escapar da assistência que lhe oferece a previdência social, mas apreensiva com a eventual incapacidade de enfrentar os custos da medicina particular, vem encontrando no seguro saúde a fórmula para sair desse difícil dilema. No entanto, é bom pesquisar e quantificar até que ponto a expansão do seguro saúde tem importado em retração de compras do seguro de vida.

É óbvio que a evolução dos seguros de pessoas tem preponderante dependência das mudanças que ocorram no perfil da distribuição de renda do País. Tais mudanças em geral não são rápidas e, obviamente, não convém que o mercado de seguros fique tão-só na passiva espera de que elas aconteçam. Hoje, várias são as ferramentas já usadas para descobrir, abrir e ocupar espaços nesse difícil universo da procura latente de seguros de vida. O mercado brasileiro tem feito uso dessas ferramentas e acredito que as continuará usando, cada vez melhor e com mais eficiência. Pois é essa a fórmula para a evolução do seguro de vida, antes e depois das lentas mudanças – na renda *per capita* e nos acentuados desvios em torno desta última.

Plano Cruzado

Nas três últimas décadas, a evolução do seguro de vida foi prejudicada no Brasil por vários fatores, entre eles, a inflação. Ao menos essa barreira acaba de ser posta abaixo, com a volta da estabilidade monetária.

Abrem-se, portanto, perspectivas bastante favoráveis ao seguro de vida, que em 1930 tinha receita de prêmios equivalente a 43% do faturamento global do mercado segurador. Essa era uma posição relativa que nunca deveria ter perdido. Quem consultar as estatísticas do seguro mundial, verá que o seguro de vida tem mantido posição relativa daquela ordem, tomada a soma global de prêmios de todos os mercados. É claro que nesse grande agregado predomina a influência dos mercados dos países desenvolvidos, mercados estes em cuja estrutura o seguro de vida tem quinhão relevante. Entretanto, a verdade é que nenhum mercado segurador atinge elevado grau de evolução e altos índices de pujança econômica sem que, na sua estrutura, o seguro de vida (em conjunto com os demais seguros de pessoas) ocupe a mais importante posição relativa.

Para que, no Brasil, o seguro de vida tenha ascensão ao topo do *ranking* é preciso que a economia do País, oitava do mundo em volume de produto, deixe de ocupar o inexpressivo lugar que tem, em renda *per capita*.

Edição número 29, julho-agosto 1986

A Atuária nos Seguros de Vida em Grupo

SEVERINO GARCIA RAMOS

Introdução

O seguro de vida em grupo constitui uma das mais importantes carteiras do nosso mercado, podendo vir a ocupar o primeiro lugar com o crescimento da economia e contenção da inflação. O seu grande desenvolvimento, se comparado com o de outros ramos, ocorreu em um pequeno espaço de tempo, principalmente se levarmos em conta que suas primeiras operações foram realizadas na Europa, EUA e Canadá há cerca de 60 anos, registrando-se nos últimos anos um crescimento fantástico desse seguro em quase todos os países.

Durante muito tempo, o seguro de vida encontrou dificuldades e obstáculos ao seu desenvolvimento, seja no plano da ética seja no plano técnico. No plano da ética, o seguro de vida, até fins do século 19, foi considerado como especulação imoral, permitindo-se a sua realização apenas sobre a vida de escravos, já que estes eram considerados coisas.

Não se admitia, portanto, o conceito de indenização, embora tenha havido desde os primórdios das civilizações até épocas recentes iniciativas organizadas através de associações mutualistas com a finalidade de propiciar ajuda mútua aos membros dessas entidades, sendo o tipo mais comum de ajuda o pecúlio ou auxílio funeral. Esse auxílio era restrito, todavia, aos gastos com o funeral não se admitindo legar a outrem qualquer benefício gerado exclusivamente por morte. Nesse sentido, é que alguns países chegaram a proibir expressamente o seguro de vida, dentre os quais o Brasil, que o proibiu através do Art. 686 do Código Comercial, editado em 1850.

No plano técnico, havia dificuldades incontornáveis para o desenvolvimento do seguro de vida, as quais somente foram superadas a partir dos trabalhos de matemática no campo não determinístico desenvolvido por notáveis cientistas como Pascal, Barret, Laplace, Price, Bernouille, De Moivre, Newton e outros, trabalhos esses que tornaram possível a construção dos alicerces da Ciência Atuarial.

Contornados todos esses obstáculos, o seguro de vida em grupo assumiu o seu importante papel no campo da proteção social e econômica aos indivíduos. No Brasil, a história do desenvolvimento do seguro de vida em grupo é dividida pelo professor Weber José Ferreira, em duas fases:

1ª) antes de 1954;

2ª) após 1954.

No primeiro período, tivemos o marco inicial da atividade com a emissão da primeira apólice pela Sul América, em 1929. Nesse período, houve pequeno desenvolvimento desse seguro, limitando-se a poucos grupos segurados, cujos planos eram quase idênticos aos norte-americanos.

A partir de 1954 inicia-se, realmente, a fase de grande expansão para o seguro de vida em grupo, contribuindo para isso o fracasso do seguro individual de vida diante do processo inflacionário que afetava a nossa economia.

Independente desse fato, o seguro de vida em grupo estava fadado ao sucesso por apresentar vantagens significativas para a massificação desejada o que não era possível com o seguro individual, entre elas:

- a) ausência de seleção médica, face à seleção grupal;
- b) menor custo para os segurados, pela repartição dos prêmios sob a forma de taxa média;
- c) redução do custo para os segurados, pela participação do empregador no pagamento parcial ou total do prêmio;
- d) maior simplicidade na administração e cobrança, podendo significar menor custo administrativo;
- e) possibilidade de reajustamento automático dos valores do seguro, na medida da evolução dos salários da empresa, evitando-se os efeitos da inflação nas indenizações.

A partir do momento em que o seguro de vida em grupo passou a ter crescimento expressivo, marcado por uma acirrada concorrência, as próprias seguradoras e o IRB invocaram o arbítrio do Estado, surgindo, em consequência, normas regulamentadoras bastante rígidas e historicamente não cumpridas.

Dentre essas normas, vale destacar:

- 1) Portaria nº 41, de 30.09.1957, do ex-DNSPC – Normas Gerais;
- 2) Portaria nº 26, de 02.07.1959, do ex-DNSPC – Regulamento da Cláusula Adicional de esposa;
- 3) Portaria nº 2, de 18.01.62, do ex-DNSPC – Normas Gerais – revoga a Portaria 41/57;
- 4) Portaria nº 8, de 07.02.64 – Normas Gerais para pequenas firmas ou entidades;
- 5) Circular nº 23 de 10.03.72, Susep – Normas Gerais;

- 6) Circular nº 24, de 15.03.72 – Prestamistas;
- 7) Circular nº 25, de 15.03.72 – Grupos Abertos;
- 8) Circular nº 21, de 18.06.73 – Custeio Educacional;
- 9) Circular nº 38, de 05.11.73 – Pequenas firmas ou entidades;
- 10) Circular nº 49 de 20.12.73 – Treinamento ou educação de pessoas excepcionais;
- 11) Circular nº 21, de 15.08.86 – Normas Gerais.

Todas essas normas têm por característica um forte intervencionismo estatal, sendo essa intervenção um pouco menos acentuada na Circular nº 21/86. Além disso, essas normas tiveram um conteúdo ideológico voltado muito mais para regular a concorrência, isto é, trazê-la para níveis aceitáveis do que estabelecer uma verdadeira disciplina de proteção aos segurados.

Tendo em vista que, em um processo de concorrência acirrada, não há norma, mesmo que fosse divina, capaz de tratar adequadamente os conflitos de interesses, foram as normas de vida em grupo descumpridas sistematicamente.

Tudo isso foi dito para justificar a minha opinião de que a Circular 21/86 representa um primeiro passo, porém importante e correto, no sentido do aprimoramento do seguro de vida em grupo. Creio que, nessa etapa do desenvolvimento do seguro de vida em grupo, a liberação tarifária era a única medida adequada que o Governo poderia tomar, evitando, dessa forma, o seu desgaste evidente, caso estabelecesse uma tarifa padrão para todo o mercado, principalmente na vigência do plano de estabilização econômica.

É evidente que a liberação tarifária não vai frear ou acirrar a concorrência. Continuará havendo concorrência nos mesmos níveis em que haveria se a tarifa fosse padronizada. Todavia, a liberação tarifária leva a concorrência para um nível mais técnico e abre a perspectiva de taxações mais justas e adequadas à natureza dos riscos.

Além disso, se se mantiver a estabilização dos índices de inflação a níveis razoáveis, a margem de lucro nas operações estará restrita praticamente ao resultado industrial, exigindo uma gestão eficiente da carteira, através de controle rigoroso de custos e aprimoramento técnico.

Acredito que após o primeiro ano de operações no regime de taxaçoão livre já se terá esboçado o perfil de comportamento do mercado que será, creio, o de observância aos princípios da boa técnica, sem os quais, em pouco tempo, os balanços estarão revelando prejuízos consideráveis.

Feitas essas considerações, passamos a análise da Circular 21/86.

Circular 21/86

O tema “a atuária nos seguros de vida em grupo” é muito abrangente, de modo que, em função do tempo, fui obrigado a eleger os tópicos que mais diretamente dizem respeito à aplicação da atuária, face à nova regulamentação do vida em grupo.

Grupos segurados

Tradicionalmente, as normas de vida em grupo classificam os grupos de uma maneira facilmente identificável, como se pode constatar pelas definições:

Classe A – Grupos de empregados de um mesmo empregador, associação de empregados de um mesmo empregador ou entidade fechada de previdência privada;

Classe B – Grupos em que haja seleção profissional para ingresso nos mesmos, admitindo-se nessa classificação os casos em que seja possível o pagamento do prêmio exclusivamente através do desconto na folha de salários;

Classe C – Abrange os grupos abertos e demais grupos de pessoa jurídica que tenham em seus estatutos ou decisão administrativa previsão para estipulação de seguro de vida em grupo.

Essa classificação nada tem a ver com uma classificação técnica dos riscos a que estão expostos os componentes de cada grupo de pessoas. Se tomarmos como exemplo a classe A, podemos atribuir vários níveis de gradação aos riscos com base apenas nas atividades do grupo ou subgrupos de empregados nas empresas.

Essa situação na vigência da tarifa padronizada pela Circular 23 não tinha importância, e se o tivesse em relação a um grupo poder-se-ia adotar as agravações previstas naquela circular, embora essas agravações tenham caído em desuso porque a tarifa era irreal e a taxaço era feita considerando tão-somente os “ganhos” com as aplicações, no que se denominava de “ciranda financeira”.

A Circular 21/86 poderia ter adotado uma classificação de grupos em função da natureza dos riscos, ou seja, o grupo classe A abrangeria somente os riscos normais (por exemplo: pessoas com atividades não agravadas) o que seria coerente com o regime de liberdade tarifária. Na ausência dessa classificação, surgem dificuldades para se estabelecer, em caráter geral, tábuas de mortalidade adequadas, especialmente para a classe de empregados de um mesmo empregador. Observem que restrições foram estabelecidas para aplicação da tábua AT-1949 aos grupos denominados de classe A, restrições essas que também deveriam valer em gênero, número e grau para a adoção da CSO-80 naqueles grupos.

A Circular 21/86 limitou-se a seguir o critério de classificação de grupos adotado na 23/72. É oportuno comentar esse critério, chamando a atenção em primeiro lugar para o seu conteúdo ideológico. Na realidade, essa classificação tradicional, embora não seja técnica, permite um controle mais efetivo das taxaçoes, principalmente quando o objetivo básico é regular a concorrência.

Ainda em relação aos grupos, verifica-se que a Circular 21 procurou abranger também os grupos abertos (Circular 25/72). No meu entender, a 21 atende às operações de grupos abertos, porém o mesmo não ocorre com o seguro de prestamistas, cabendo disciplina específica e urgente para esse seguro. Entendo como necessária, também, a reformulação das normas das demais modalidades de vida em grupo não abrangidas pela Circular 21/86.

Seleção de riscos

O objetivo fundamental da seleção de riscos é obter uma homogeneidade qualitativa dos riscos da carteira. A análise dos riscos a serem segurados é feita através de dados estatísticos e informações. O primeiro passo nesse sentido é classificar os riscos em nível estrutural segundo situações comparáveis e semelhantes que possibilitem identificar condições diferentes das condições médias dos riscos da carteira.

Para os grupos classe A e alguns da classe B (classificação da Circular 21/86) admite-se os aspectos a seguir como básicos para seleção de riscos:

- a) seleção grupal pelo fato de tratar-se de um conjunto de pessoas, cuja vinculação ao estipulante não tem como objetivo a obtenção do seguro;
- b) possibilidade de tratar-se de massa homogênea em que presume-se que todos estejam no exercício normal de suas atividades. A condição de estar em atividade é exigida para ingresso nos seguros das classes A e B pela Circular 21/86.

Além desses aspectos básicos já implícitos na operação de seguro de vida em grupo de determinados grupos, a seleção de riscos deve ser orientada ainda em relação aos seguintes pontos:

- a) fixação de índice mínimo de adesão, adequado a cada grupo;
- b) limitação dos capitais segurados máximos em função do número de pessoas do grupo e do escalonamento desses capitais;
- c) adoção de critérios objetivos para variação das importâncias seguradas nos casos em que os capitais segurados não são constantes, eliminando-se a interferência dos segurados na fixação do seu capital.

A seleção de riscos pode ainda ser complementada mediante exame médico ou preenchimento de declaração pessoal de saúde e com a exigência de prazos de carência, quando necessários.

A Circular 21/86 estabelece como condições mínimas para aceitação:

- a) serviço ativo na data de ingresso, para grupos de classes A e B;
- b) a adoção de declaração pessoal ou prova de saúde, em caráter facultativo, para os grupos classes A e B e em caráter obrigatório, para os de classe C.
- c) prazo de carência de 90 dias, em caráter facultativo, para os grupos de classes B e C.

A Circular 21/86 não prevê a adoção de carência para os casos de ingresso de pessoas que, embora pertencentes ao grupo segurável, não aderiram ao seguro por ocasião de sua implantação ou quando se tornaram seguráveis. Mesmo não previsto na circular é de boa técnica fixar prazo de carência de, pelo menos, 90 dias, o que poderia ser feito nas condições das apólices, como forma de minimizar os desequilíbrios de situações como essa, a partir de uma interpretação mais flexível do parágrafo único do Art. 2º.

As normas não estabelecem limite de idade para ingresso de segurados, a não ser quando da adoção da taxa média mensal de 0,8% para os grupos de classe C, nos casos em que não se conhece previamente a composição do grupo. Neste caso, a idade máxima permitida para ingresso no seguro é de 60 anos.

Ao contrário do que se costuma afirmar a não-limitação de idade pode acarretar distorções consideráveis, a não ser em determinadas condições ótimas em que o equilíbrio se verifica pelas condições a seguir:

- a) os riscos estão dimensionados adequadamente;
- b) o cálculo dos prêmios puros seja efetuado através de tábuas de mortalidade compatíveis com os riscos;
- c) a carteira seja homogênea e com um número de segurados suficientemente grande;
- d) o coeficiente de variação dos capitais segurados obtido em relação à carteira, não seja elevado;
- e) na implantação das apólices não haja anti-seleção.

Mesmo que todas essas condições se verifiquem integralmente em relação à carteira, podem ocorrer desvios em relação a um ou mais grupos, ocasionados pela combinação de fatores desfavoráveis, como, por exemplo: concentração de capitais mais elevados, nas idades mais elevadas, especialmente se essa combinação de fatores tiver origem em grupos com pequeno número de segurados. Tendo em vista que a Circular 21 não prevê agravações de taxas para esse caso, resta ao atuário, ao constatá-lo, mudar a tábua de mortalidade, adotando outra mais pesada, já que em alguns casos não é possível prever, *a priori*, esses níveis de concentração.

No meu entender não havia necessidade de regular a aceitação de segurados. Primeiro, porque não é coerente nem lógico estabelecer regime de liberdade tarifária e ao mesmo tempo balizar as condições de ingresso dos segurados. Segundo, porque as regras adotadas não são completas.

Coberturas

No que concerne às coberturas, verifica-se que, já na edição da Circular 23/72, foram estabelecidas limitações para as coberturas adicionais (garantias adicionais na linguagem da Circular 21), limitações essas atreladas aos capitais da cobertura básica, através da proporcionalidade, com objetivo de procurar homogeneizar os capitais em risco e, dessa forma, obter melhores resultados nas apólices.

Coberturas IEA e IPA

As coberturas adicionais de indenização especial por acidente e de invalidez permanente total ou parcial por acidente são exatamente iguais às coberturas principais do seguro

de acidentes pessoais, para os quais o mercado segurador dispõe de dados de experiência suficientes para taxar adequadamente essas coberturas em qualquer proporcionalidade, independentemente dos capitais segurados da cobertura básica. A própria Circular 21, em seu Artigo 10, parágrafo único, estabeleceu que essas coberturas são regidas pelo que dispuserem as condições gerais da apólice de acidentes pessoais, determinando inclusive a reprodução no texto das cláusulas do conceito de acidente e dos riscos cobertos e excluídos, vigentes para acidentes pessoais.

Abstraindo-nos das vantagens de se ter apelos comerciais do tipo dupla ou tripla indenização e desde que se permita taxar livremente essas coberturas adicionais, não há necessidade de atrelar os limites das mesmas aos capitais da cobertura básica.

Cobertura IPD

Em relação à cobertura adicional de invalidez total e permanente por doença, a Circular 21 estabeleceu que a sua importância segurada deve ser igual ao capital segurado da cobertura básica (inciso III, Art. 9º).

Justifica-se essa limitação com o argumento de que a cobertura é deficitária. Ora, cabe discutir essa justificativa porque, ao contrário, se a cobertura é deficitária, mais uma razão para se permitir fixá-la em valor inferior ao capital segurado da cobertura básica e não em valor constante na proporção de 100% desse capital.

Uma maneira adequada de compensar eventuais déficits nessa cobertura já foi determinada pela própria Circular 21, em seu parágrafo 5º, do Artigo 13, o qual estabelece que a invalidez por doença só pode ser contratada se a apólice incluir também, na proporção de 100%, a invalidez por acidente. O erro fundamental deste dispositivo é restringir a conjugação dessas coberturas ao percentual de 100%. A obrigatoriedade da conjugação é válida, porém é um absurdo não se permitir essa conjugação em proporção inferior a 100% do capital da cobertura básica.

Outro aspecto que merece a nossa atenção é a possibilidade de vinculação da indenização da cobertura de invalidez por doença à concessão da aposentadoria por invalidez da previdência oficial isto é, da Previdência Social, estadual, municipal, dos militares etc. Essa vinculação significa uma ampliação de cobertura e por isso a mesma deveria ter uma taxação mais flexível. Entendo que é importante essa vinculação, seja pelo aspecto social, seja pelo alto custo de um setor médico específico em cada companhia.

Entretanto, a operação com a cobertura de invalidez por doença deve ser cercada de alguns cuidados, a começar pela introdução nas condições gerais da apólice de uma cláusula, regulando a nomeação de junta médica para que a companhia possa se acautelar nos casos em que haja indícios de fraudes. Essa cláusula, a meu ver, pode ser inserida nas condições da apólice, sem contrariar a Circular 21.

Outro ponto a considerar é a revisão da taxa, tendo em vista que há necessidade de maior flexibilidade para uma taxa correta, levando em conta a grande variabilidade das freqüências de ocorrência de riscos em cada um dos grupos. A taxa dessa cobertura, pelas regras da Circular 21, para todo e qualquer grupo, está atrelada a um percentual fixo de 10% da taxa média pura, com o mínimo de 0,0594% e, por conseqüência, amarrada aos 10% da taxa comercial, a não ser que se firme entendimento no sentido de se usar carregamentos maiores do que os da cobertura básica, nesta cobertura adicional.

Ainda com relação à cobertura de invalidez por doença, é de se estranhar a manutenção do critério estabelecido pela Circular 23/72 para o parcelamento do pagamento da indenização, pelo qual 50% do capital são pagos em 18 prestações mensais, considerando juros de 6% a.a. e correção, e os outros 50% no fim de 18 meses se persistir o estado de invalidez do segurado.

Essa regra tinha por objetivo possibilitar maior controle sobre as possíveis fraudes nessa cobertura, face aos critérios de concessão do benefício na vigência da Circular 23/72. Todavia, dentro dos princípios que nortearam a Circular 21, não tem sentido a manutenção do parcelamento da indenização nessa cobertura; primeiro, por ser o mesmo ineficaz e injusto e, segundo, porque gera aumento nas despesas administrativas da companhia sem finalidade defensável.

Cobertura HO

Na cobertura HO verifica-se um rigor excessivo na determinação dos riscos excluídos, dentre os quais a briga que também constava das exclusões da Circular 23/72. Ora, a participação do segurado em uma briga pode ocorrer em caso de extrema necessidade, inclusive na defesa da própria vida. A meu ver, não se justifica excluir o reembolso das despesas médicas e hospitalares neste caso.

É óbvio que o seguro não pode cobrir riscos inerentes à prática de atos contrários à lei, mesmo que seguráveis, nem tampouco determinados riscos, cujo impacto não possa ser repartido pela massa diretamente, como é o caso de riscos nucleares, serviço militar na guerra etc e evidentemente, não pode abranger riscos não seguráveis.

Todavia, certas exclusões como a briga e a de intervenção cirúrgica de causa iatrogênica se revestem de grande injustiça para o segurado. No caso, a iatrogenia abrange o erro médico. Ora, é difícil justificar para um segurado vítima de erro médico, obrigado a se submeter a nova intervenção cirúrgica realizada por outro médico, que o seguro não dá cobertura a essas despesas.

Essa questão deveria ser examinada na próxima revisão da Circular 21, sendo desejável uma interpretação mais flexível dessa condição por parte das companhias, mesmo porque a expressão “iatrogenia” não tem uma definição muito precisa.

Nos dicionários comuns, o “Aurélio” por exemplo, tem-se a indicação de que a iatrogenia abrange não só as doenças e seqüelas conseqüentes do tratamento de outras, como também as decorrentes de erro médico.

Os dicionários médicos são mais generalistas em relação ao assunto. O dicionário enciclopédico de medicina de A. Céu Coutinho baseado no *Black's Medical*, fornece outra definição: “Iatrogênico é a designação dada a perturbações provocadas no doente por auto-sugestão baseada no exame, nos modos ou na discussão do caso clínico pelo médico.”

Coberturas suplementares

Merece atenção especial a inclusão, em caráter facultativo, de cônjuges .na respectiva cláusula. A Circular 23/72 estabelecia, com muita propriedade, condições adequadas para inclusão de esposas, companheiras e cônjuges no que se refere à seleção de riscos.

Na Circular 21 para inclusão de cônjuges em caráter facultativo exige-se, tão-somente, declaração pessoal de saúde.

Entendo que, neste caso, a declaração pessoal de saúde não é suficiente para evitar a anti-seleção. A Circular 23/72 exigia uma adesão mínima de 50% das esposas, para inclusão facultativa, e para as companheiras e cônjuges adiaava em um ano o efetivo ingresso no seguro.

Creio que o mais adequado seria fixar um prazo de carência razoável para o ingresso facultativo de cônjuges e companheiros.

Homogeneização dos capitais segurados

Para que ocorra a estabilização da taxa média do grupo é fundamental que se tenha um grau razoável de homogeneidade nos capitais segurados. Além disso, a existência de capitais segurados elevados em relação à média da apólice (as chamadas pontas), por si só, pode se constituir em fonte geradora de desvios.

A Circular 21, em seu Artigo 13, parágrafo 2º, fixou critério para a recusa, ou aceitação com restrições, de segurados com capitais acima do limite superior do intervalo de confiança a 95%, aproximadamente, admitindo uma distribuição normal de capital segurado médio C e desvio padrão D , calculados para o grupo segurável.

Esse critério constitui parâmetro técnico importante na análise do grau de dispersão de riscos garantidos pela apólice, devendo o atuário, todavia, aplicá-lo com cuidado pois em determinados grupos em que se verifiquem grande dispersão de capitais em torno do capital médio o valor do limite L pode crescer significativamente, de forma a não assegurar o limite adequado para a homogeneização pretendida.

Adesão

O índice de adesão é a relação entre a quantidade de pessoas do grupo segurado e o número de componentes do grupo segurável. Serve para indicar o possível equilíbrio seletivo e financeiro da apólice. Essa situação de equilíbrio varia de acordo com o tamanho do grupo, de modo que quanto menor for o número de componentes do grupo segurável maior deverá ser o respectivo índice de adesão.

A Circular 21 deixou praticamente livre a fixação do índice de adesão de cada grupo, já que estabeleceu em apenas 30% e 25%, respectivamente, os índices mínimos para aceitação e manutenção do seguro, em grupos com mais de mil vidas.

Se forem adotados exatamente os mínimos fixados na Circular 21, anula-se a possibilidade de equilíbrio seletivo e financeiro das apólices.

Nos seguros de grupos de classe C, a seguradora tem o prazo máximo de 45 dias para atingir o número mínimo de 500 vidas seguradas, para fins de aceitação e manutenção. Não me parece adequado um prazo tão exíguo para se atingir o número mínimo de 500 vidas, quando a Circular nº 25/72 já estabelecia, naquela época, condições mais flexíveis, ou seja: 200 vidas para manutenção até o 2º aniversário da apólice e as 500 vidas só eram exigidas a partir do terceiro ano de vigência do seguro.

Disposições tarifárias

As tarifas de seguro de vida são fixadas com base em tábuas de mortalidade, sendo estas definidas como instrumento destinado a medir as probabilidades de vida e de morte.

As tábuas de mortalidade, quanto ao grupo considerado na sua construção, podem ser de duas espécies:

- a) as construídas levando em conta um grupo da população;
- b) as construídas levando em consideração um grupo de pessoas selecionadas. Somente estas são utilizadas para cálculo dos prêmios de seguros.

Para o cálculo das taxas de vida em grupo foram estabelecidas várias tábuas de mortalidade, algumas delas o foram com restrição.

Quando abordamos anteriormente a classificação tradicional dos grupos adotada na Circular 21/86, verificamos que essa classificação nada tem a ver com a classificação técnica, para fins de seguro de vida, dos grupos em função dos riscos a que estão expostos os seus componentes, razão pela qual algumas restrições foram estabelecidas para o uso da AT-1949 nos grupos de classe A.

Entendo que a escolha da tábua de mortalidade devia ficar exclusivamente a critério do atuário, em função dos riscos a serem cobertos. Acredito que, no futuro, a Susep possa liberar totalmente a escolha das tábuas a serem usadas.

A fixação de uma tarifa máxima com base na SGB-71, mesmo em caráter temporário (isto é, espera-se que o seja somente enquanto dure o congelamento de preços), não faz sentido face às implicações naturais decorrentes da aplicação do cálculo do prêmio através de taxa média efetiva em correspondência com os riscos a que estão expostos os componentes do grupo segurado.

A determinação de carregamentos adequados constitui aspecto importante na taxação dos riscos. A norma deixa a critério da seguradora estabelecer as despesas administrativas e de comercialização.

A parcela do carregamento para despesas de comercialização deve corresponder ao que efetivamente for pago ao corretor, mais o *pro-labore* e o agenciamento.

Nas despesas de agenciamento deve ser considerada uma taxa de juros prefixada para recompor o equilíbrio financeiro da apólice, já que essa despesa é paga antecipadamente e distribuída em um período posterior, que as seguradoras admitem seja de 12 a 24 meses.

Para as despesas administrativas recomenda-se uma análise de custos específica para avaliar a despesa real da carteira. Essa avaliação se torna difícil se a seguradora não tiver já dimensionado o *quantum* referente à participação da carteira de vida em grupo nos custos dos serviços comuns a todas as carteiras. Uma estimativa, menos precisa, das despesas da carteira pode ser feita, com ajustes em razão através da divisão do total das despesas administrativas da companhia proporcionalmente à arrecadação de prêmios de cada carteira. Neste caso, é preciso ajustar o valor obtido pela divisão proporcional da despesa global com o valor das despesas administrativas próprias da carteira, considerando ainda fatores e condições básicas inerentes à carteira cuja despesa se deseja estimar.

A escolha da tábua de mortalidade é outro aspecto importante no qual o atuário deve concentrar sua atenção. É freqüente a indagação ao atuário no sentido de que este tire da cartola uma tábua mágica, capaz de fazer com que a companhia ganhe todas as concorrências e chegue ao final do exercício com excelentes lucros.

É evidente que a tábua de mortalidade é fator preponderante na composição do custo do seguro de vida, porém, isoladamente, ela tem peso relativamente menor nessa composição, uma vez que os nossos seguros têm carregamentos bastante elevados, estes, sim, proporcionalmente, influem muito mais nos custos do que os outros fatores.

Taxa média

A Circular 21 define a taxa média como sendo o quociente do prêmio de cálculo pelo capital total segurado (Artigo 21). A rigor, não era necessária essa definição, pois trata-se de uma média aritmética ponderada.

O prêmio de cálculo foi definido no Artigo 20 como a soma dos produtos dos capitais segurados da garantia básica pelas taxas correspondentes às respectivas idades (proba-

bilidades de morte da tábua adotada). Como não há restrição na circular, esses produtos tanto podem ser obtidos em relação às taxas puras quanto em relação às taxas comerciais.

No caso de o atuário fixar carregamento uniforme para todas as idades é indiferente computar o “prêmio de cálculo” pela taxa pura ou pela comercial sendo, todavia, menos trabalhoso efetuar esses cálculos pela taxa pura.

No caso de carregamento diferenciado por idade em função dos capitais segurados, o “prêmio de cálculo” só pode ser obtido pelas taxas comerciais correspondentes às respectivas idades. No caso de carregamento diferenciado por idade em função dos capitais segurados, o “prêmio de cálculo” só pode ser obtido pelas taxas comerciais correspondentes às respectivas idades.

Taxa média – coberturas suplementares

A dificuldade prática de se calcular a taxa média efetiva para as pessoas abrangidas pelas coberturas suplementares reside na falta de informações sobre o número de dependentes e, obviamente, sobre as idades dos mesmos.

Para se determinar a taxa média para os segurados da cláusula suplementar, de inclusão de cônjuge, cobertura facultativa, é necessário conhecer as idades dos cônjuges, calcular a taxa média única, considerando todo o grupo. A adoção de taxa média exclusiva para o grupo de cônjuges, neste caso, dependeria da fixação de um índice de adesão adequado.

Para calcular a taxa média para a cláusula suplementar de cônjuges, inclusão automática, é necessário conhecer o seu perfil etário. Não sendo possível obter esse perfil etário, qualquer que seja a estimativa adotada para determinação da taxa média estará sujeita a erros consideráveis.

Talvez seja possível encontrar um critério razoável para estimar a taxa média neste caso, partindo-se de dados censitários sobre o estado civil e combinando-o com a composição dos participantes do grupo principal, por sexo.

Os dados censitários – 1980 – revelam que em relação à população de 15 anos ou mais que declarou o estado conjugal, tem-se a seguinte composição por estado civil:

Casados – 58,70%; solteiros – 35,50%; viúvos – 5,16%; separados + desquitados + divorciados – 2,64%.

Em relação às pessoas de 60 anos e mais, 7,26% são solteiros; 58,75% casados; 3,63% separados e 30,36% viúvos.

Através das publicações específicas sobre população, talvez se possa obter nessa mesma composição, no intervalo de idades, possível para cálculo das taxas médias, um seguro de vida em grupo e, com isso, estimar a quantidade provável de cônjuges e companheiros a serem abrangidos pela cláusula.

A essa composição seria associada à distribuição por sexo do grupo segurável principal, de forma a se ter uma base para estimar a taxa média para a cláusula a partir das idades dos componentes do grupo principal.

A Circular 21 estabelece, para grupos classe A, regras simplificadoras para o cálculo da taxa média da garantia básica dessas coberturas, desde que se tenha relação de cônjuges e companheiros individualizada para cada componente do grupo principal, com sexo:

I – Em se tratando da cláusula de cônjuge e companheiro:

a) quando do sexo masculino, a sua idade será a da mulher segurada no grupo principal, majorada de três anos;

b) quando do sexo feminino, a sua idade será a do homem segurado no grupo principal, diminuída de três anos.

Nota: As hipóteses acima não consideram companheiros do mesmo sexo.

II – Para cobertura de filhos – garantia básica: a taxa média será, no mínimo, correspondente à idade de 14 anos.

Entendo que se deveria começar a pensar em adotar tábuas de mortalidade diferentes para homens e mulheres, porque as tábuas de mortalidades permitidas para a classe A revelam uma diferença, cada vez maior, entre as probabilidades de morte do homem e as da mulher. No Brasil, a FIBGE revela que a idade média estimada da mulher é de 63 anos e a do homem é de 58 anos, em termos nacionais. Já nas cidades do Rio de Janeiro e São Paulo a vida média é de 67 anos, sendo de 64 anos para homens e 71 para mulheres.

As tábuas de mortalidade permitidas pela Circular 21 ou são *standard* ou do sexo masculino, trazendo para a operação maior segurança em relação à cobertura das mulheres. Assim, mesmo considerando adoção de tábuas de mortalidade do sexo masculino, em que eventuais diferenças decorrentes do critério da alínea “a” são compensadas pela adoção do critério da alínea “b”, entendo que a diferença de idades deveria ser de cinco anos e não de três, ou que essa diferença fosse determinada com base em experiências próprias das companhias ou através de estudos específicos.

Conversão

A Circular 21 não adotou a expressão “fracionamento”, que seria bem mais adequada ao caso. Quanto à obtenção de valores das parcelas e das taxas de juros, seguiu ela o critério tradicional de fracionamento adotado pelo setor de seguros, o que me parece impróprio para o seguro de vida em grupo.

Pelo demonstrativo do fracionamento (conversão) do prêmio, adotado na 21, tem-se:

Conversão de anual em:

a) semestral:

$$100\%/2 = 50\% \text{ ou } 0,5$$

$$0,04 \times 0,5 = 0,02 \text{ (2\% de sobrecarga sobre a parcela semestral)}$$

$$0,5 + 0,02 = 0,52$$

Juros: 4%

b) trimestral:

$$100\%/4 = 25\% \text{ ou } 0,25$$

$$0,06 \times 0,25 = 0,015 \text{ (1,5\% de sobrecarga sobre a parcela trimestral)}$$

$$0,25 + 0,015 = 0,265$$

Juros: 6%

c) mensal:

$$100\%/12 = 8,333\% \text{ ou } 0,08333 \text{ (0,67\% de sobrecarga sobre a parcela mensal)}$$

$$0,08 \times 0,08333 = 0,00667$$

$$0,08333 + 0,00667 = 0,09$$

Juros: 8%

Se compararmos o resultado do fracionamento do prêmio anual, em parcelas mensais obtidas pela multiplicação do prêmio anual por 0,09, com o cálculo dessas parcelas, considerando o regime de juros compostos, chega-se a uma taxa equivalente, aproximada de 0,012, ou seja, 1,2% a.m.

Portanto, entendo que a Circular 21 deveria ter permitido adotar critério mais técnico de fracionamento, em que se levasse em conta não apenas o aspecto financeiro.

Distribuição de excedentes

A cláusula de distribuição de excedentes técnicos é, na realidade, a antiga cláusula de participação nos lucros da Circular 23/72, com uma roupagem mais técnica.

A cláusula de participação nos lucros justifica-se muito mais como atrativo de comercialização, já que, tecnicamente, não é adequado distribuir lucros com base apenas no resultado de um grupo, sem a possibilidade de recuperar eventuais prejuízos. A distribuição de lucros com base nos resultados da carteira seria a fórmula mais adequada e segura de operação.

A Circular 21 permite a distribuição de excedentes, por apólice, apurados pelo regime de competência.

É oportuno observar que, em vez de estabelecer um critério bem mais simples para apurar resultados, através da comparação dos prêmios puros de competência com as indenizações correspondentes ao mesmo período, a Circular 21 determina que a apuração se faça através da comparação dos prêmios comerciais efetivamente pagos, deduzidas as despesas de comissões e de administração, com as indenizações do período, considerando-se eventuais estornos e saldos do período anterior, sendo o resultado final expresso em OTN.

É provável que a opção por um critério mais trabalhoso, porém que discrimina obrigatoriamente as parcelas de despesas, tenha por objetivo exercer a fiscalização e um controle maior sobre a operação.

A redação da alínea f, § 2º, do Art. 31, é incoerente, pois ao se referir às despesas de administração fala em “despesas efetivas” e ao mesmo tempo em “despesas estabelecidas na planilha de cálculo”. Penso que a maneira mais fácil de operacionalizar a cláusula é admitir na apuração de resultados o percentual de despesas administrativas atribuído no cálculo da taxa média, uma vez que não será fácil alocar as despesas administrativas efetivas por apólice em cada período de apuração.

Todavia, essa interpretação visa tão-somente viabilizar a apuração de resultados na forma estabelecida na Circular 21, pois mantenho o entendimento de que seria mais correto apurar os resultados com base no prêmio puro de competência.

Justifica-se a adoção do critério de apuração de resultados da apólice com base no prêmio puro de competência, tendo em vista não apenas a maior facilidade de apuração, mas, principalmente, pelo fato de ser este critério mais correto, na medida em que estabeleça o cotejo entre receitas e dispêndios, isto é, diretamente pelos prêmios puros efetivamente recebidos pela Cia., no período, e as indenizações efetivamente pagas, no mesmo período, considerando as reservas técnicas correspondentes (não as contábeis).

Tarifação especial

A Susep submeteu à audiência pública projetos de circular, regulando tarifação especial. Na realidade, o projeto não estabelece propriamente uma tarifação especial e sim critérios para aplicação de descontos sobre a taxa média do grupo.

Para fazer jus ao desconto na taxa média, o grupo deverá estar enquadrado na classe A, apresentar uma sinistralidade não superior a 70% nos três últimos anos. O desconto será, no máximo, de 60% para grupos com mil ou mais vidas e, no caso de grupos menores de mil, o desconto será, no máximo, de $N/1.000 \times 60\%$.

Com relação ao projeto, tenho a observar que:

- a) nas fórmulas apresentadas não se deve considerar a raiz negativa, mesmo nos casos em que esta conduza a percentuais de descontos compreendidos entre: 0 D 0,6;

- b) não se deveria permitir na apólice, ao mesmo tempo, a TE e a participação dos excedentes técnicos. A TE, desde que adequadamente estabelecida, é, tecnicamente, mais indicada, pois permitiria uma taxaçoão mais coerente dos riscos. Como já mencionamos ao comentar o assunto anteriormente, a distribuição de excedentes técnicos deveria ser feita por carteira e não por apólice. É bastante incoerente e ilógico, na minha opinião, taxar o grupo de forma especial e, ainda, distribuir excedentes técnicos em relação a esse grupo;
- c) a condição de, no máximo, 70% de sinistralidade é relativamente difícil de ser atendida;
- d) deveria ser admitida, como alternativa, a apuração da sinistralidade com base no prêmio puro de competência efetivamente recebido pela seguradora.

Reservas técnicas

A reserva de riscos não expirados dos seguros de vida em grupo, assim como as reservas técnicas dos demais ramos, necessitam urgentemente de uma reformulação nos seus critérios de cálculo.

A reserva de riscos não expirados em vida em grupo é calculada aplicando-se o percentual de 30% sobre a receita líquida do trimestre, o que lhe tira a característica de técnica, tornando a mesma uma mera reserva contábil.

Além dos efeitos do plano de estabilização econômica, tem-se, com a Circular 21, uma estruturação mais técnica para o seguro de vida em grupo, fatores esses que exigem um equacionamento técnico para os cálculos de reserva de riscos não expirados do ramo, de forma a restabelecer o equilíbrio necessário às operações.

Edição número 31, novembro-dezembro 1986 (parte 1)

Edição número 32, janeiro-fevereiro 1987 (final)

Doenças Preexistentes no Seguro de Vida

RICARDO BECHARA SANTOS

O tema em foco talvez seja o que mais afeta o seguro de vida em matéria de demanda judicial, talvez pela incompleta compreensão de seus intérpretes quanto aos fundamentos que norteiam essa nobre modalidade de seguro, provavelmente toldada pelo espírito de generosidade que costuma dominar aqueles que, não convenientemente informados, são chamados a desatar as querelas daí decorrentes, e que acabam sacrificando o bom direito para contemplar, indevidamente, os segurados e beneficiários que, no momento da contratação, omitem, reticenciam ou de algum modo faltam com a verdade e a sinceridade na contratação do seguro, sonegando informações sobre o estado de saúde do proponente que, se revelado, influenciaria na aceitação do risco pelo segurador e na fixação da taxa do prêmio.

E os que assim procedem, em suma, banalizam determinadas informações sobre estado de saúde dos proponentes de seguro de vida que, para o segurador e para todos que têm alguma intimidade com os fundamentos técnicos e jurídicos da notável instituição do seguro, que tem na álea sua aba essencial, são informações de vital importância, a ponto de o legislador reprimir o segurado com a perda do direito a indenização, que de boa ou de má-fé sonegar tais informações ao segurador, salvo se realmente o segurado não tiver conhecimento da enfermidade que mais tarde venha levá-lo ao óbito.

Chegam alguns até mesmo a afirmar que com relação às doenças como a diabetes, e outras que resolveram chamar de “doenças de convívio”, não estariam os proponentes obrigados a revelar essas enfermidades para o segurador. Os portadores do vírus HIV podem conviver com ele por longos anos e até não virem a falecer por causa dele. Nem por isso a instituição do seguro poderia se compadecer com o fato de que possam esses portadores sonegar essa informação, de que tenham conhecimento, no momento da contratação.

“Doenças de estimação”

Ora, diferente é o risco de um proponente portador de diabetes, em relação a outro que não o seja, até pelo fato de se tratar de indivíduo que necessita de cuidados especiais, ainda que a diabetes, necessariamente, não leve o seu portador ao óbito, mas poderá levá-lo se não adotar os cuidados médicos específicos. E o segurador necessita conhecer esse estado mórbido do proponente, posto que técnica e juridicamente importante para sua avaliação na aceitação do risco, repita-se à exaustão. E se assim há de ser com relação aos proponentes diabéticos, por mais forte razão ainda no que diz respeito aos portadores de vírus HIV, de hepatite, dentre outros, razão pela qual hão de ser informados ao segurador no momento da contratação do seguro de vida ou de saúde, como também no momento de se propor um aumento do capital segurado.

Tal raciocínio, dos que pensam que o proponente possa deixar de informar o segurador sobre seu estado de saúde no ato da proposição do seguro de vida sem invalidá-lo, parece-nos absurdo, posto subsumir-se no fato de que as “doenças de convívio”, ou “de estimação”, como para alguns possa parecer, sejam situações normais. Normal, para efeito regular de aceitação de risco de vida e de saúde, é o proponente são, sadio. Não que os seguros de proponentes portadores dessas doenças serão necessariamente recusados. Mas, reveladas para o segurador, influenciarão na taxa do prêmio ou serão objeto de ressalva para que, havendo o nexos etiológico ou de causalidade entre essa doença e o eventual óbito, possa caracterizar um caso não coberto.

Não há como reinventar a roda, dando-se a interpretação pessoal que o legislador não pretendeu conferir aos Artigos 1.443 e 1.444 do Código Civil, tampouco a jurisprudência copiosa de nossos mais prestigiosos tribunais.

A pretexto de fundamentar a tese da dispensabilidade de o proponente informar ao segurador sobre determinadas doenças, ditas “de convívio”, como a diabetes, costuma-se ver exemplos não muito felizes, fazendo-se comparações inadequadas com determinadas situações que realmente não precisam ser informadas, como a miopia, as gripes, etc. Ora, o fato de o proponente não estar obrigado a informar sobre uma miopia de que seja portador, posto que irrelevante para efeito de aceitação do risco, não significa estar ele dispensado de informar sobre uma diabetes ou outros males, ainda que o proponente possa conviver com eles, porque, realmente, ninguém morre de miopia, mas de diabetes sim. Tampouco nenhum segurador recusa o risco sobre a vida de um proponente só pelo fato de ser ele míope, estrábico, caolho.

Enfim, se o proponente faltar com a verdade sobre o questionário que lhe é feito no momento da contratação do seguro, estará incorrendo nas iras do legislador, consoante o seu espírito encarnado nos mencionados dispositivos do Código e que é, aliás, perfeitamente compatível com a natureza especial do contrato de seguro.

Demais disso, nem o Código do Consumidor teria vindo à luz para se compadecer com as omissões, inverdades, insinceridades, reticências do proponente, tampouco para alterar a essência dos contratos típicos disciplinados no Código Civil, como soe ser o de seguro.

Nota promissória

Os ilustres defensores da tese de que o proponente que omite tais informes sobre sua saúde não invalida o seguro de vida, costumam analisar a questão, *permissa magna venia*, com visão distorcida, com olhos de quem desconsidera que o seguro, no Brasil e no Mundo, tem seus elementos essenciais, suas características próprias que não se compadecem com a linha por eles adotada. Pois o seguro não é contrato comutativo, mas contrato aleatório por excelência, além de contrato bilateral, oneroso e formal, que não pode nem deve, a rigor, ser celebrado por telefone ou por simples correspondência. E o fato de ser contrato de adesão, não lhe retira essas qualidades. Demais, o contrato de adesão não se constitui em vício contratual, mas sim numa importante e salutar forma de contratar, sem a qual não seria possível a produção em série, a economia de escala, a contratação em massa...

Vicia o contrato, isto sim, se o segurado violar os cânones dos Artigos 1.443 e 1.444 do Código Civil, considerando que o primeiro é taxativo em determinar que “o segurado e o segurador são obrigados a guardar no contrato a mais estrita boa-fé e veracidade, assim a respeito do objeto, como das circunstâncias e declarações a ele concernentes” e o segundo ao imprimir as conseqüências dessa violação, quando, também *verbis*, estabelece que “se o segurado não fizer declarações verdadeiras e completas, omitindo circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou na taxa do prêmio, perderá o direito ao valor do seguro, e pagará o prêmio vencido.”

O seguro, realmente tem por finalidade dar segurança e tranqüilidade aos segurados que fazem parte do mutualismo gerido pelo segurador, como também aos beneficiários dos segurados. Todavia, é preciso, para fazerem jus ao capital segurado, que sejam seguidas certas regras legais e contratuais, dentre elas as da lealdade, da veracidade, da sinceridade, nas informações a serem prestadas na contratação. O Cartão-Proposta é como uma nota promissória, por isso não deve ser assinado em branco, devendo também ser preenchido pelo proponente do seguro. O segurado que permite que seu corretor, ou melhor, seu comissário e representante – sabido que aquele é comitente deste – preste em seu lugar as informações de seu estado de saúde perante o segurador, estará, no mínimo, arcando com as conseqüências, as mesmas de quem assina uma promissória em branco... Pois, para o segurador, o Cartão-Proposta já chega preenchido e firmado, na presunção de que as informações ali prestadas foram do próprio segurado, que o assinou.

Erro não escusável

Ora, o segurador também necessita contar com o elemento segurança, por isso é da essência dessas modalidades de seguro em massa, de seguro em grupo, que as partes confiem nas declarações umas das outras. A segurança do segurador é poder presumir e confiar como verídicas as informações prestadas pelo proponente, para que, em se verificando não

o sejam no momento do sinistro, poder negar o pagamento, em benefício da massa de segurados que prestaram suas informações verdadeiras. Vale dizer, para a tranqüilidade dos que não foram mendazes em suas informações, dos que nortearam o segurador com precisão na aceitação do risco e na aferição da taxa do prêmio, enfim, para aqueles que não praticaram a “lei de Gerson”...

Não se pode fazer tabula rasa das advertências que são expressa e formalmente feitas no Cartão-Proposta quanto às informações que devem ser prestadas pelo proponente. Por isso que o mesmo deve firmá-las com fidedignidade, para evitar os *dissabores* para seus beneficiários, porque, se verdadeiros, leais e sinceros, repita-se à exaustão, nas suas informações, respondendo sem reticências ao necessário questionário que lhe é apresentado e levando a sério as conseqüências que são ali postas, inclusive as decorrentes dos Artigos 1.443 e 1.444 do Código Civil, nenhuma seguradora por certo negará a indenização.

Acrescenta, com mestria, o insigne professor Candido Rangel Dinamarco, que, se a seguradora que oferece o contrato de adesão tem o dever subjetivo, ditado pelo Artigo 46 do Código de Consumo, “*de dar prévio conhecimento ao público de suas condições*”, é dever, também subjetivo, do aderente (no caso o segurado), que procura uma fruição individual, “*tomar conhecimento do anúncio com as estipulações prévias*”. Por isso que se o aderente não se interessou em saber quais as condições do contrato de seguro que contratou, incorre em “*erro não escusável*”, equiparável à “*culpa*” ou negligência ao contratar.

A segurança ou insegurança, pois, dependem exclusivamente do proponente. Ora, o seguro, legal e juridicamente, não é como uma caderneta de poupança, em que o investidor aplica o seu dinheiro e não depende de nenhum fato aleatório para poder a qualquer tempo resgatá-lo. O seguro de vida, pois, depende de um acontecimento futuro e incerto. Se o segurado vem a falecer do mal de que já era portador antes da contratação, mas omitido da seguradora e com isso impedindo a ela de dimensionar a taxa atuarial do prêmio ou mesmo exercer o seu direito de inaceitar o risco, aquela enfermidade, preexistente, é como que risco já iniciado, já com histórico pretérito, e, por isso, inconciliável com a sua natureza, qual a de só cobrir os eventos futuros e incertos. E a sanção que o legislador reserva ao proponente e ou ao beneficiário, quando aquele omite seu estado de saúde, é a perda do direito ao capital e ao prêmio pago. E se faltar com a boa-fé, elemento primordial do contrato de seguro, nulificado estará o contrato, *ex tunc*, vale dizer, desde o nascedouro. Caso em que, dependendo da gravidade da enfermidade sonogada para o segurador, perderá o direito a indenização mesmo se vier a falecer de outra doença ou de acidente. É que, nesse caso, o contrato já estaria fulminado, pelo vício da má-fé, a quando do sinistro.

“Bicho-do-pé”, miopia, gripe e dor de dente

É imperioso, pois, que se entenda que o proponente ao seguro tem sempre a obrigação, o dever de lealdade, de sinceridade e sobretudo de ser verdadeiro e correto, na presta-

ção das informações ao segurador sobre seu estado de saúde, dos males de que padece, de que conhece, e, se “de convívio” tal enfermidade, sintomático de que sabe perfeitamente de sua existência. Caberá ao segurador, conhecendo a exata situação de saúde do proponente – fiado nas suas informações já que o seguro em massa seria inviável se tivessem que ser realizados exames médicos em cada um dos milhares dos proponentes dos seguros coletivos ou em grupo – dizer se aceita ou não o risco, e em que condições. O que não se admite é dar ao proponente o direito de ser mendaz, reticente, omissor, falso, desleal, insincero, só pelo receio de que seu risco pudesse não ser aceito.

É claro que as regras que norteiam a contratação do seguro de vida não chegam ao exagero de exigir que o proponente informe ser portador, por exemplo, de “bicho-do-pé”, de miopia, de gripe, de dor de dente, dentre outras situações mais banais de saúde. Mas de diabetes, ou equivalentes, evidentemente que sim.

A segurança, a tranqüilidade, buscadas no seguro, enfim, repousam na veracidade das informações de que formalmente o segurador solicita, e necessita, do segurado no momento da contratação, sob pena de restar contaminada toda a massa de segurados, toda a coletividade mutualista da qual cada segurado faz parte.

Com essas considerações iniciais é que manifesto minha discordância com a linha adotada por aqueles que, brilhando tão-só com o chapéu reluzente da generosidade, da comiseração, violam princípios maiores de direito, no qual se abroquelam os fundamentos pilares do seguro. É prudente entretanto realçar, que acertado está o entendimento manifestado no sentido de que o segurador não pode sustentar a recusa se nem mesmo o proponente conhecia a sua enfermidade. Realmente, não seria curial exigir de alguém uma informação sobre mal de que não sabia padecer, cujos sintomas ainda não se faziam sentir, como que vício oculto, desconhecido do proponente, em que não caberia a ação redibitória do segurador.

Mas ainda dentro do tema que me é posto, permito-me, sem qualquer outra pretensão, fazer mais as seguintes ponderações, com ele tangentes, não sem antes destacar a síntese da ementa que segue.

Em qualquer dicionário da língua portuguesa, quiçá de qualquer outra, fraude nada mais é do que a obtenção para si ou para outrem, de vantagem ilícita, em prejuízo alheio, induzindo ou mantendo alguém em erro, mediante artifício, ardil, ou qualquer outro meio enganoso, chegando a assemelhar-se ao dolo, ao estelionato, e a confundir-se com a burla. Cometer fraude é enganar, lesar, privar, despojar, espoliar. A fraude é a materialização da má-fé, para ocultação da verdade, com intenção de causar prejuízo a terceiro. A fraude, portanto, é a antítese do seguro, o seu principal inimigo, devendo por isso mesmo ser atacada com tenacidade. Esmorecer diante dela é conduzir à ruína o seguro, justo essa instituição que vem a ser o triunfo da idéia humana sobre as forças cegas da natureza, uma vitória da lógica sobre os problemas ilógicos com que o homem tem de lutar diante da álea. O combate à fraude, pois, é direito de todos, dever primordial do Estado. Erradicar a fraude é obstinação que há de ter o mesmo ímpeto com que os abnegados perseveraram no combate à uma enfermidade pública, endêmica, epidêmica.

O *bacillum fraudis*, pois, é inoculado na célula do seguro na medida em que o sistema imunológico de seu organismo esteja vulnerável. E tal vulnerabilidade acontece pela fragilização daqueles que julgam, analisam e decidem sobre as questões relacionadas aos sinistros, deixando-se entreaberta a porta para que o mal cresça, e apareça. Por essas e outras que doutrinadores do estofado de De Plácido e Silva prelecionam, com mestria, *verbis*, que “a prova da fraude se faz por todos os meios permitidos em direito, admitindo-se mesmo sua evidência em face de indícios e conjecturas, tanto bastando a verificação do prejuízo ocasionado a outrem pela prática do ato oculto ou enganoso”. (in Vocabulário Jurídico, Vol.1 e 2, pág. 324) – os grifos não são do original.

É inescandível que as seguradoras, na sua lida diária com o seguro, e com o risco por conseguinte, pagam vultosíssimas importâncias na garantia dos riscos que suportam. Porém, são cotidianamente vítimas das artimanhas, do ardil, do estelionato, de segurados inescrupulosos, que se aproveitam justamente do elemento boa-fé que caracteriza o contrato de seguro, não raro de difícil comprovação, tal o requinte com que agem contra as seguradoras. É pois, imprescindível, nesse contexto, não banalizar os indícios.

Por isso mesmo o Estado, como um todo, não pode desconsiderar a importância das atividades das seguradoras, dada a sua função econômico-social, no Brasil e no Mundo, desempenhando o seu papel na formação de capital e das forças produtivas, na defesa econômica contra o risco, protegendo o segurado honesto, oferecendo-lhe segurança sobre futuro incerto, possibilitando gerações creditícias, tornando mais fácil suportar coletivamente as conseqüências danosas dos infortúnios individuais, resguardando a produção, circulação e distribuição de riquezas, dando segurança às pessoas (individual e coletivamente) e às coisas, reforçando, enfim, a economia nacional. Faz-se, portanto, imperioso não se compadecer com a fraude. Por menor que ela seja, porque são das fraudes aparentemente pequenas e com ar de inocência, mas bem sucedidas, é que se desencadeiam as fraudes maiores e que acabam se espargindo e contaminando a instituição do seguro.

Senão, vejamos.

A cada dia se verifica, com maior freqüência, a contaminação do seguro pelo vírus da fraude, por onde segurados mendazes ou desonestos, pouco importando o grau da desonestidade ou da mentira, se é que a desonestidade e a mentira possam ser graduadas, procuram, até arrostando o Artigo 171 do Código Penal, tirar vantagem em proveito próprio às custas das sociedades seguradoras, ilaqueando a boa-fé que, sobrelevadamente, rege a instituição. E assim fazem, por vezes forjando ou provocando o próprio sinistro, por outras vezes fabricando elementos fictícios, omitindo circunstâncias importantes para o segurador decidir pela aceitação do risco ou fixação da taxa devida do prêmio. A fraude, a má-fé e outros vícios, seja no antecedente seja no conseqüente, são comportamentos que jamais poderão se conciliar com a instituição do seguro.

Moeda valorizada

A boa-fé há de ser moeda valorizada no mercado segurador, mas infelizmente é muitas vezes falsificada por aqueles que, de uma forma ou de outra, procuram tirar proveito, próprio ou em benefício de terceiro, à custa do seguro. Como que se pudesse ser considerada uma proeza fraudar uma seguradora, sob o obtuso pensamento de que pecado não seria tirar de uma empresa, supostamente rica. Talvez com o mesmo ou pior raciocínio de quem lesa o fisco.

Acresça-se que a cautela do segurador, como gestor do mutualismo do qual faz parte cada segurado, bem se justifica, por isso que sempre presumida, de modo que não incorra, eventualmente, no mau vezo do pagamento de um sinistro do qual se duvide, devendo por isso se cercar dos elementos de convicção.

A propósito, vale até lembrar “flashes” dos acórdãos adiante, que bem espelham a preocupação do segurador, na medida em que lida ele com recursos de terceiros, geridos e administrados por força do mutualismo que caracteriza o contrato de seguro, do qual faz parte cada segurado, não sendo justo, nem curial, repita-se à exaustão, que a massa de segurados probos seja penalizada pela sanha dos que fraudam, dos que mentem, dos que retenciam. Senão vejamos.

“É rigorosamente legítima a posição assumida pelas companhias de seguro, quando, em resistências às pretensões duvidosas de segurados provocam a discussão e a solução judicial dos litígios surgidos na execução dos contratos de seguro, administradoras e responsáveis que são por vultosíssimos patrimônios que garantem o cumprimento das obrigações assumidas com aqueles que no contrato de seguro procuram cobertura para riscos a que cotidianamente se submetem seus bens, suas faculdades e suas vidas; com a causação de danos de conseqüências dificilmente suportáveis pelos indivíduos isoladamente, as companhias seguradoras por isso mesmo não se colocam numa defesa egoística de um patrimônio exclusivamente delas, porque se constituindo para cobertura daqueles riscos decorridos pelos segurados, é patrimônio muito mais do que delas mesmo.”

“Dever de diligência em liquidação de sinistros. Seguro. As empresas seguradoras, como já se firmou por óbvio, devem ser vigilantes, não se onerando com liquidação de sinistros se indevido o respectivo pagamento. É até dever seu, sob pena de pôr-se em risco a política de seguros ameaçada de ruína por liberalidade das seguradoras. Por isso mesmo, de reconhecer-lhes o direito de oposição enérgica a tudo que lhes onere o patrimônio de forma indevida ...” (TA-PR – Ac Unânime – 16.097 – 2ª Câmara Cível. em 05/10/82 – Apel. Cív. nº 855 – Curitiba).

Bondade *versus* injustiça

Adite-se que, se as seguradoras, pela própria natureza de suas operações, trabalham com índices de probabilidades, devem sempre pelejar para não pagar indenizações que lhes pareçam indevidas, vedadas que lhes são as liberalidades, porque os repetidos sucessos de demandas judiciais infundadas, destinadas a desconsiderar as limitações contratuais do seguro, acabam incentivando outros segurados ou beneficiários a demandá-las para obter indenizações maiores do que aquelas previstas. É que essa pecha propicia o encarecimento do seguro, penalizando, repita-se, os segurados honestos ou verdadeiros, porque, o segurador como gestor desse mutualismo, se vê compelido a recalcular os prêmios em função da nova e crescente realidade da sinistralidade.

Por isso que pretender um julgador aumentar a responsabilidade da seguradora por razões exclusivamente humanitárias poderia parecer até socialmente bom. Mas é injusto. E o injusto nunca será realmente bom. Como magistralmente já asseverou o ilustre Candido Dinamarco.

Não se deve, em suma, pressupor a culpa ou dolo do mais forte, como se esta fosse a condição *sine qua non* da salvaguarda do fraco. Nada se divorcia tanto da eminente imparcialidade da Justiça como a negação do direito que cabe ao poderoso, a pretexto do amparo ao mais débil, não obstante a debilidade de suas pretensões jurídicas. Estas mesmas preleções, auscultei-as do mesmo renomado tratadista suso referido.

Até porque, Carlos Maximiliano, papa da hermenêutica jurídica, pontifica, *verbis*: “quando o magistrado se deixa guiar pelo sentimento, a lide degenera em loteria, ninguém sabe como cumprir a lei a coberto de condenações forenses”.

O sentimento investigatório do juiz, pois, há de iluminá-lo, para que, com ponta diamantina, busque fundo a verdade, para cortar rente a fraude que se vislumbra no tecido securitário, por mais tênue que possa ela parecer.

“Aequitas cerebrinas”

É que o contrato de seguro, mais que qualquer outro, exige a maior imparcialidade do juiz, porque, segundo o mesmo Carlos Maximiliano, não pode nunca o magistrado deixar-se levar pela jurisprudência sentimental, que “é audaciosa ao ponto de torturar os textos para atender a pendores individuais de bondade e a concepções particulares de justiça”. Retrocedem esses juízes aos tempos das *aequitas cerebrinas*, onde os jurisdicionados não podiam contar com a certeza do direito positivo, mas apenas com os “caprichos e boas intenções” dos magistrados... E justo nessa porta larga que procuram lamentavelmente alguns intérpretes penetrar quando julgam e interpretam açodadamente as questões securitárias que lhe são postas, com suas “generosas” decisões e opiniões contra as seguradoras, permitindo que germine o bacilo da fraude e encorajando, acoroçoando mesmo e ainda mais, o crime organizado contra a instituição do seguro.

As presentes considerações, pois, se prestam para quaisquer modalidades de seguro, inclusive e notadamente para os seguros de pessoas, dentre os quais os seguros de vida, saúde e acidentes pessoais, principalmente com relação aos segurados que omitem o seu verdadeiro estado de saúde, levando o segurador a engano na aceitação do risco, cujo falecimento do segurado sucede exatamente daquela enfermidade de que era portador e que foi omitida do segurador no momento da contratação. Como é assunto que também interessa ao tema ora tratado e que igualmente acontece com freqüência nas liquidações de sinistros em seguros dessa modalidade, vale fazer algumas considerações adicionais a respeito. Senão vejamos.

O insigne professor Fábio Konder Comparato, ao comentar os Artigos 1.443 e 1.444 do Código Civil, matriz do entendimento de que o contrato de seguro é de *uberrimae fidei*, ensina, magistralmente, que tais dispositivos do Código não podem ser letra morta em matéria de seguro em grupo, tampouco reduzidos a oblição em qualquer outra modalidade, seja individual ou coletivo, assim se pronunciando, *verbis*:

“...Entendamos bem. Nesse tipo de seguro de vida não se exige o prévio exame médico do segurado. É esta uma de suas características. Mas, exige-se sempre uma declaração do segurado sobre o seu estado de saúde. Esta declaração consta do Cartão-Proposta assinado pelo segurado, que consiste na resposta a uma série de quesitos... É óbvio que, provada a falsidade de qualquer das informações, tem o segurador o direito de fazer valer a sanção estabelecida no Artigo 1.444 do Código Civil, demonstrando que a inverdade influenciou na opinião do risco, sem necessidade de pedir esclarecimentos adicionais ao segurado. Este, no seguro de vida em grupo adere à apólice por ato próprio, impresso e insubstituível. Não se limita a aceitar tacitamente que a contribuição do prêmio lhe seja debitada em folha de pagamento. A sua posição, portanto, nesse particular, não difere da de qualquer outro segurado em apólice individual”.

Já acrescentava Pontes de Miranda, *In* seu Tratado, Volume XVI, pág. 324, que, “não importa se o segurador soube da inverdade ou da incompletude antes do sinistro, ou depois”.

Daí se segue a unanimidade da doutrina, cujos excertos, por amostragem, se desfiam como segue:

WASHINGTON DE BARROS MONTEIRO. *In* Curso de Direito Civil, Vol. 5, página 334: “Temos repetido que a norma fundamental no assunto que estamos a tratar é a do Artigo 1.443 do Código Civil. Todos os contratos devem, naturalmente, abeberar-se na boa-fé e na honestidade, mas, no seguro sobreleva a importância desse elemento, porque, em regra, ele se funda, precipuamente, nas mútuas afirmações das próprias partes contratantes. Além da boa-fé, devem estas obrar com veracidade, não bastam sejam leais, é preciso sejam verdadeiras. Tal obrigação existe ainda que o segurador costume proceder investigações preliminares antes de aceitar o seguro”.

CARVALHO SANTOS. *In* Código Civil Brasileiro Interpretado, página 295, vol. XIX: “A mesma regra vale, no Artigo 1.443, com relação a reticências, isto é, com relação às circunstâncias que poderiam influir sobre o seguro e eram conhecidas do segurado, que não obstante as omitiu de boa-fé ou de má-fé”.

ARNOLD WALD. *In* Curso de Direito Civil, Volume 4, página 344: “O contrato de seguro se fundamenta na boa-fé das partes e na sua lealdade (Artigo 1.443 do Código Civil), importando as declarações falsas, inexatas ou incompletas em anulação eventual do contrato”.

CLOVIS BEVILAQUA. *In* Comentários ao Artigo 1.443 do Código Civil: “No seguro, o requisito da boa-fé se exige com muito maior energia, porque é indispensável que as partes confiem nos dizeres uma da outra, e a sanção que o Código prevê é a anulação do contrato”.

SILVIO RODRIGUES. *In* “Dos Efeitos dos Atos Jurídicos”, pág. 244: “No contrato de seguro principalmente extremo deve ser o rigor do juiz porque extremo é o rigor da lei. Esta não se satisfaz com a regra genérica de que em todos os contratos as partes devem comportar-se com estrita boa-fé, e reporta, no âmbito particular daquele contrato o preceito que decerto deve informar a todos”.

MARIA HELENA DINIZ. *In* Curso de Direito Civil (Teoria das Obrigações), Editora Saraiva, volume III, pag. 326: “O segurado tem o dever de ser real, respondendo com sinceridade e sem reticências as perguntas necessárias à avaliação do risco e ao cálculo do prêmio, sob pena de anulação por dolo (Artigo 1443), de perder o valor do seguro e pagar o prêmio vencido (art. 1.444 do CC)”.

AMILCAR SANTOS. *In* “O Seguro”, página 37: “A lei obriga os contratantes a serem sinceros e verdadeiros em suas declarações, sob pena de nulidade do contrato. Quando se chama ao seguro contrato de boa-fé, expressão que perdeu, no direito moderno, sua significação romana, pretende-se indicar que o segurado está particularmente obrigado a bem informar o segurador sobre todas as circunstâncias que lhe permitam apreciar a natureza e a extensão do risco que toma a seu cargo. Deve abster-se de falsas declarações, como não deve guardar silêncio sobre circunstâncias necessárias à opinião sobre o risco. Qualquer informação falsa, no contrato de seguro, presume-se de má-fé ainda que seja apenas expressão de mera leviandade, ou falta de zelo. As declarações do segurado concernentes, portanto, aos antecedentes e aos elementos do risco, como base que são do contrato, devem ser completas e verdadeiras. Qualquer inexatidão, ainda que involuntária, constitui causa de nulidade do contrato”.

ORLANDO GOMES. In “Contratos”, páginas 129 a 131: “ Nada impede estipulem as partes que uma delas formulará o conteúdo; se a outra o firma não poderá impugná-lo sob o pretexto de que não teve conhecimento das condições apostas, visto que tinha o dever de examiná-las, para aprová-las ou não. Não se conclua que a intervenção judicial, em se tratando de contrato de adesão, é arbitrária e possa ser exercida largamente. Se assim fosse, a insegurança dominaria os contratos de adesão. O poder que no particular se reconhece ao juiz, poder moderador, encontra seu fundamento no princípio de que os contratos devem ser executados de boa-fé. A exagerada tendência para negar força obrigatória às cláusulas impressas, é de todo em todo condenável. E a intervenção do juiz há de ser exercida com moderação, até porque não deve esquecer que certas cláusulas rigorosas são necessárias à consecução dos fins procurados, mediante contratos de adesão em série”.

Note-se que o ilustre especialista em matéria contratual assim se posicionou bem antes do advento do Código do Consumidor, que decerto não veio à luz para alterar a natureza e conceitos indispensáveis dos contratos típicos estabelecidos no Código Civil, dentre eles o de seguro. Tanto assim – e nunca é demasiado repetir – que o Código de Consumo, editado tão-só para regular as relações entre consumidor e fornecedor no seu aspecto tipicamente comportamental, reconhecendo a validade dos contratos de adesão, admite as cláusulas restritivas ao direito do consumidor, desde que não se as faça obscuras, ininteligíveis ao consumidor, pecado que, *data venia*, não comete o clausulado das apólices de seguro em geral, cuidadosamente, senão redigidas, fiscalizadas pela Susep e pelos corretores de seguro, representantes que são dos segurados. Até porque, nesse tocante o CPDC não teria inovado, ante o que já dispunha o próprio Código Civil, como, por exemplo, no seu Artigo 115 (vedação às cláusulas potestativas ou leoninas).

A propósito da indispensabilidade da boa-fé e da veracidade das declarações do segurado desde a contratação, como requisitos que são do contato de seguro, não poderiam ficar a descoberto as sempre evidentes palavras do eminente e inconfundível Pedro Alvim, conhecedor ímpar e pesquisador incansável que é da matéria que estamos a tratar, como se vê dos escritos pinçados de seu “Contrato de Seguro”, Editora Forense, edição 1983, páginas 130 até 132, que, do alto de sua autoridade, confirma tudo quanto aqui esboçado: “Os autores são unânimes em sublinhar a significação especial da boa-fé, no contrato de seguro. É que as decisões do segurador se louvam geralmente nas informações prestadas pelo segurado. Essas razões ponderáveis induziram o legislador de nosso Código Civil a realçar a importância da boa-fé no contrato de seguro, consignando expressamente: o segurado e o segurador são obrigados a guardar, no contrato, a mais estrita boa-fé e veracidade, assim a respeito do objeto, das circunstâncias e declarações a ele concernentes (art. 1.443)”.

Nesse tema, também vale transcrever os escólios do eminente jurista e Desembargador Sergio Cavalieri Filho, que às fls. 333 e seguintes de sua obra intitulada “Programa de Responsabilidade Civil”, 2ª edição, da Malheiros Editores, preleciona com invulgar maestria:

“...Embora a veracidade das declarações do segurado seja primordial em qualquer modalidade de seguro, assume maior relevo no seguro de vida ou de saúde em grupo. Nessa espécie de seguro, é de todos sabido, substitui-se o exame médico do proponente pelo preenchimento de um questionário sobre o seu estado de saúde. Este procedimento beneficia não só o segurador como, também, o segurado, na medida em que torna rapidíssima a contratação, e evita aquele moroso processo de exames médicos e reduz os custos do seguro, possibilitando a massificação de sua cobertura (...) A afirmação falsa ou a omissão intencional são inadmissíveis no contrato de seguro porque afastam o próprio risco, a álea, que é elemento essencial desse contrato. Sim, porque, na medida em que o proponente busca cobertura para uma enfermidade conhecida, está, na realidade, buscando cobertura para um risco certo, conhecido, e não incerto, o que elimina a álea e desnatura, descaracteriza, o próprio contrato...”

O eminente Desembargador, decotando o Artigo 1.444 do C.C., observa que o segurado pode incidir em infração a ele, comissiva e omissivamente. Em conduta comissiva, quando faz declarações falsas, mentirosas, reveladoras, por si só, de sua má-fé; enquanto que, em conduta omissiva, quando o segurado omite circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta, escondendo ou reticenciando a verdade.

E pondera mais o insigne jurista e magistrado, *verbis*, à página 338 de sua obra supra citada:

“...Creio que, nos casos de suspeita de fraude, o juiz deve examinar o caso com rigor, dando maior relevância à prova indiciária, não raro a única passível de produção, com o que poderá o judiciário dar a sua efetiva contribuição no combate à fraude no seguro.”

E esse pensamento que domina os melhores doutrinadores, não é privilégio da doutrina brasileira. É assim em todo o mundo, em que prevalece o Estado de Direito, porque a instituição do seguro encontrou o seu equilíbrio independentemente das fronteiras que separam cada país, das bandeiras e do regime político de cada Estado, por isso que instituição internacional por natureza.

Podemos citar, por exemplo, o entendimento coeso da melhor doutrina argentina sobre o tema, representada por Izaac Halperin, *in* “Leciones de Seguros”, Editora Depalma, págs. 32/34, *literis*:

“El asegurador debe conocer todas las circunstancias que influyen en la apreciación del riesgo. En todos los demás contratos, la verificación del estado o condiciones del objeto de la contraprestación queda, generalmente, librada a la diligencia de la parte interesada. Esta actividade por parte del asegurador se hace imposible, no sólo por lo onerosa, sino también por in-

completa: no está en condiciones de establecer por su propios medios, por grande que sea la diligencia aplicada, los elementos de hecho que le permitirían apreciar el riesgo. Por eso, esas informaciones deben ser lo más completas posible, para que el asegurador pueda apreciar y clasificar el riesgo...”

Diz a lei argentina “*que toda declaración falsa o toda reticencia de circunstancias conocidas por el asegurado, aun hecha de buena fe que hubiera impedido el contrato o modificado sus condiciones si el asegurador hubiese sido coerciorado del verdadero estado del riesgo, hace nulo el contrato.*”

Na página 107 da obra citada, Halperin reafirma, no que pertine à proteção do segurador contra a reticência do segurado, que “*en el seguro sobre la vida, el asegurador obtiene la información por un cuestionário, que el asegurable debe satisfacer com la mayor veracidad posible...*”

Afirma o mestre Halperin, em sua obra e página acima citadas, que a expressão ampla “*toda declaración falsa o toda reticencia*”, se refere à declaração – por afirmação ou por omissão – que não apresenta ao segurador um quadro veraz das circunstâncias.

Fechando esse quadro, o mesmo doutrinador portenho dá conta de que a prova da preexistência da doença no seguro de vida dá-se por todos os meios admitidos em direito, assim prelecionando, *verbis*: “*la prueba de la existencia de la reticencia, el asegurador puede producir, por cualquier medio establecido en la ley procesal*”.

Assim se passa também em muitos tantos outros países civilizados nos quais se cultua o bom direito, como, por exemplo, na França, permitindo-nos trazer à colação o charme e o carisma da sua melhor doutrina, comandada por Ripert e Planiol, em seu “*Traité Pratique de Droit Civil Français*”, páginas 604-605, no capítulo reservado a “*Le contratés d’assurance*”, Seção IV – *obligations de l’assuré* –, em parágrafo intitulado “*Réticences et fausses déclarations*”, conforme adiante se insere:

“La bonne foi joue, dans l’assurance, un rôle plus important que dans n’importe quel autre contrat. Pour savoir s’il doit ou non assumer le risque proposé et, dans l’affirmative, por fixer le taux des primes, il est indispensable que l’assuré soit mis en mesure d’apprécier ce risque; l’enquête qu’il peut faire serait manifestement insuffisante; l’équité exige que l’assuré prenne l’initiative de l’éclairer par des indications sincères, exactes, et surtout complètes. C’est cette évidente nécessité Qui a jadis inspiré la rédaction de l’art. 348 C.com., où il est dit: “Toute réticence, toute fausse déclaration de la part de l’assuré... que diminueraient l’opion du risque ou en changeraient le sujet, annulent l’assurance. –L’assurance est nulle, même dans le cas où la réticence, la fausse declaraaation... n’auraient pas influé sur le dommage ou la perde de l’objet assuré...””

Nessa mesma linha entoa a jurisprudência mais prestigiosa de nossos tribunais, a começar pelo Pretório Excelso, que assim decidiu, *verbis*: “As companhias seguradoras não

estão obrigadas a examinar todas as declarações dos segurados, com profundidade, razão porque a lei as protege contra declarações inexatas.” (STF, 2ª Turma, Rev. Forense 82/635)

Como também a da mais alta Corte infra-constitucional de justiça deste País, a julgar pela ementa que adiante se insere, do augusto Superior Tribunal de Justiça, quando, no Recurso Especial nº 49.731-0 – Rio de Janeiro, em que foi Relator o eminente Ministro Nilson Naves, assim pontificou, no julgamento unânime de 16/12/94, *verbis*:

“Se o segurado, conforme o acórdão recorrido, ao contratar o seguro, expressamente, omite que teve problemas de saúde, que jamais procurou médicos ou esteve internado, inválido é o ajuste, não há dissídio com julgados segundo os quais não se presume a má-fé do segurado. Não houve aqui presunção. Procede mesmo de má-fé o segurado que não faz declarações verdadeiras e completas, omitindo informações sobre a sua saúde. Artigos 1.443 e 1.444 do Código Civil...”

Consta do bojo do acórdão supra, do E. STJ, *literis*, que “o contrato de seguro de vida, poderia não ter sido efetivado caso a seguradora tivesse tomado conhecimento da enfermidade. Ao menos, teria tido a oportunidade de examinar da sua conveniência. Se agiu o segurado com dolo ou má-fé ou erro justificado pelas circunstâncias, a verdade é que todas essas hipóteses determinam o vício do consentimento, ensejando a anulação do contrato, com fundamento nos Artigos 1.443 e 1.444 do Código Civil...”

Para não mais se alongar no tema, permito-me transcrever a ementa a seguir, que, como amostra, exprime o pensamento mais prestigioso de nossos tribunais:

“Ainda que se possa admitir que o segurado ignorasse a espécie de moléstia de que era portador é inegável que tinha ele conhecimento de que se encontrava doente, ao fazer o seguro de vida. É o bastante para que incida o Artigo 1.444 do Código Civil, além do Artigo 1.443... É nulo o contrato de seguro de vida em que o segurado prestou declarações inexatas ou reticenciou a verdade, tendo omitido circunstâncias importantes relativamente ao seu estado de saúde....” (Rev. Forense Vol. 200/201 – Rev. TA SP 18/115).

Com efeito, não seria por igual ocioso mencionar a jurisprudência do Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro, espelhada pelo recente acórdão da lavra do Desembargador Rudi Loewenkron, na Apelação Cível nº 2.751/98, unânime, em 23/04/98, cuja ementa adiante se insere:

“Contrato de seguro de vida – A omissão dolosa ou involuntária de doença preexistente elide a obrigação de pagar o seguro, sobretudo quando o sinistro foi motivado justamente pela enfermidade sonogada. Art. 1.444 do C.C. (...) e, para tanto, não exige seja a omissão dolosa, satisfazendo-se com a mera omissão involuntária. É o que se depreende da interpretação literal do Art. 1.444 do C.C...”

Davi e Golias

À vista de tudo isso, acrescenta-se, *cum granum sallis*, que a boa-fé contratual do seguro pode soar como anacrônica para alguns, mas não é. Ao contrário, cada vez mais se exige que seja valorizada, nesse mundo atual, frenético e conturbado, no qual não se pode compadecer com o declínio do poder repressivo das sanções morais e sociais, deixando dominar a impressão de que tudo é válido, importando os fins, não os meios. A boa-fé contratual no seguro não pode ser vista como uma espécie de relíquia jurídica de valor histórico de utilidade prática escassa e duvidosa. Não se pode perder de vista o velho princípio ético-jurídico para deixar nascer uma nova moral social emergente, contemplando o segurado com o benefício da inferioridade econômica, espécie de condição suficiente para que ele, um Davi, tenha sempre ganho de causa sobre o Golias que toda empresa seguradora simbolizaria.

Como bem sinalizou, com essas palavras, o ilustre pensador Luiz Mendonça: “juridicamente, tudo isso não passa de extravagante impertinência, de grosseira impropriedade que muitas vezes não serve senão para acobertar a ausência de direito, o desamparo legal e contratual, e até a fraude contra o seguro”. O obsoletismo do princípio da boa-fé é, no entanto, apenas uma enganadora aparência.

Seguro é por excelência administração e um setor, além disso, em que o princípio contratual da boa-fé acarreta sobretudo dinamização processual, tornando viável e econômica a exigência moderna da operação em massa. Um setor, portanto, ainda tomando de empréstimo as palavras sempre sábias de nosso rábula maior Luiz Mendonça, “em que os componentes econômico e moral estão íntima e inevitavelmente ligados, em recíproca e absoluta dependência”.

A boa-fé, pois, que deve estar presente nos mais singelos atos contratuais e que no seguro se sobreleva de importância, é moeda boa, que alguns tentam impelir para fora do mercado por crescente arrivismo que a vida atual tende a valorizar. Mas estas atividades típicas, como a do seguro, têm necessidade vital de que ela se mantenha em circulação exatamente porque o processo econômico-social se transformou, em termos qualitativos e quantitativos.

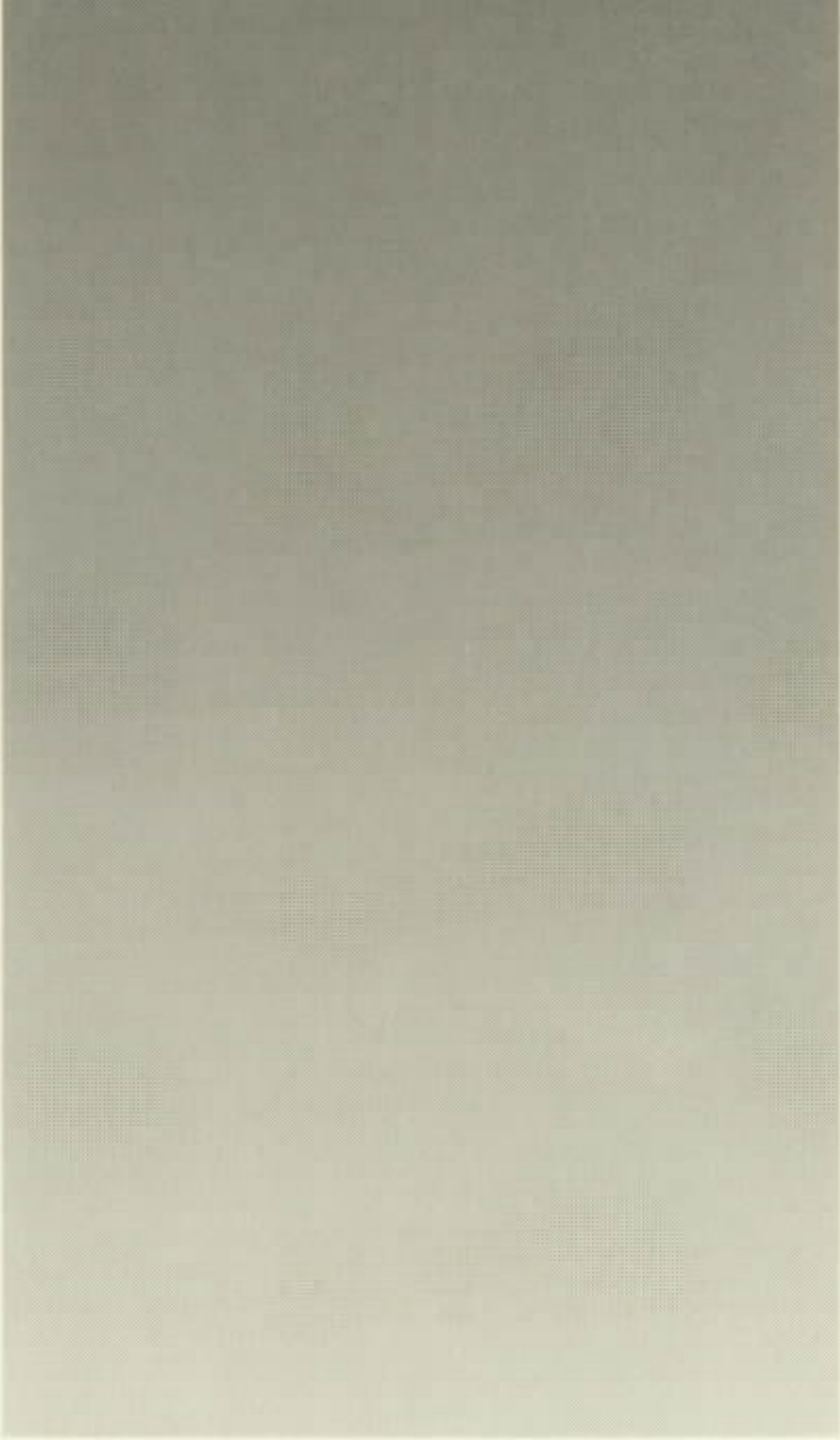
Permito-me encerrar as presentes considerações, transcrevendo os seguintes trechos de uma sentença proferida por um culto magistrado, preocupado na manutenção de certos valores, mormente no contrato de seguro de vida, assim se pronunciando, *verbis*:

“Seguro de vida – fraude à lei flagrantemente configurada. I. A prova da fraude se faz por todos os meios permitidos em direito, admitindo-se mesmo sua evidência em face de indícios e presunções, tanto bastando o prejuízo ocasionado a outrem pela prática do ato oculto ou enganoso. II. O contrato de seguro é, sobretudo, um contrato de boa-fé (Art. 1.443 do C.C), pois, por exigir uma conclusão rápida, requer que o segurado (embora a boa-fé seja também exigida do segurador) tenha uma conduta sincera e leal em

suas declarações a respeito de seu conteúdo e dos riscos, sob pena de receber sanções se proceder com má-fé, em circunstâncias em que o segurador não pode fazer as diligências recomendáveis à sua aferição, como vistorias ou exames médicos, fiando-se apenas nas afirmações do segurado, que por isso deverão ser verdadeiras e completas, não omitindo fatos que possam influir na aceitação do seguro...” (sentença nº 193/98 – Juiz Jorge Américo Pereira de Lira – PE – Recife – 9ª Vara cível).

Sendo esse o resumo de meu entendimento e ao dispor para quaisquer outros esclarecimentos adicionais que se fizerem necessários e enquanto ao meu alcance, firmo-me *sub censura* dos doutos.

Edição número 91, setembro-outubro 1998



SAÚDE



Seguro Saúde

SEVERINO GARCIA RAMOS

Introdução

As despesas médicas, especialmente as despesas médico-hospitalares nos casos de internação, constituem preocupação constante de todas as famílias. É que o custo de manutenção da saúde cresce rapidamente, de forma a pesar bastante no orçamento familiar, principalmente para aquelas pessoas que não contam com a proteção do seguro saúde.

Na assistência estatal à saúde, da qual depende uma parcela considerável da população, além do acesso difícil, com filas intermináveis, é insatisfatória a qualidade do atendimento.

Dentre os sistemas privados de proteção à saúde, custeados pelos seus participantes, destaca-se o seguro saúde. Este tem por objetivo oferecer cobertura aos gastos de assistência médico-hospitalar efetuados pelo segurado e seus dependentes, através de planos de adesão individual ou coletiva.

O seguro saúde vem se desenvolvendo em nosso País de forma surpreendente, como importante mecanismo de garantia à saúde, funcionando como complemento da atividade do Estado na área de assistência médico-hospitalar.

Assistência estatal à saúde

Na execução de sua política para o setor de saúde, o Governo desenvolve suas ações em duas frentes distintas. A primeira, através do Ministério da Saúde, que tem a incumbência de formular e coordenar a política nacional de saúde, em âmbito nacional e regional, visando proporcionar efetiva assistência médico-social à comunidade (Decreto-Lei nº 200/67). A segunda, com o Ministério da Previdência e Assistência Social, cuja finalidade básica é a

proteção social nos casos de doença, velhice, invalidez, morte e outros benefícios e auxílios, nos termos do Artigo 165, da Constituição Federal. Portanto, a ação do Governo na área de saúde se bifurca em campos sobrepostos: o da assistência médico-social afeto ao Ministério da Saúde, que atua basicamente restrito ao aspecto preventivo, inclusive vigilância sanitária e o atendimento médico-assistencial desenvolvido pelo Ministério da Previdência e Assistência Social diretamente ou através de serviços contratados de terceiros.

Engloba todas essas atividades o chamado Sistema Nacional de Saúde constituído pelo complexo de serviços dos setores público e privado, voltados para a promoção, proteção e recuperação da saúde, cabendo ao Ministério da Previdência e Assistência Social coordenar o subsistema de prestação de serviços à pessoas, conjugando os esforços e recursos da União, Estados, Municípios e entidades privadas.

Os gastos na área de saúde são ainda bastante modestos e estão sujeitos a limitações de ordem orçamentária, sendo a maior parcela aplicada pelo Inamps com o fruto das receitas do sistema previdenciário, significando menos de 30% dessas receitas. Seguem-se os gastos da União, Estados e Municípios e, em escala menor, se situam as aplicações do setor privado através de patronais, seguro e outros programas de proteção custeados por particulares.

Seguro saúde no plano legal

Data de novembro de 1966 a instituição do seguro saúde privado no Brasil, no plano legal, através do Decreto-Lei nº 73/66. Este Decreto-Lei, em seus Artigos 129 a 133, estabeleceu condições para as operações de seguro saúde pelas companhias de seguros, possibilitando o pleno desenvolvimento do mesmo no âmbito do mercado segurador.

O Artigo 134 do referido Decreto-Lei proibiu a venda pelas sociedades civis ou comerciais de títulos, contratos, garantias de saúde, segurança de saúde, benefícios de saúde, títulos de saúde ou seguros sob qualquer outra denominação, para atendimento médico, farmacêutico e hospitalar, integral ou parcial.

Duas exclusões importantes foram feitas à proibição do Artigo 134. A primeira diz respeito às sociedades beneficentes que estavam em funcionamento na data da promulgação do Decreto-Lei 73/66, as quais poderão preferir o regime de seguro saúde a qualquer tempo (§ 3º do Art. 134). A segunda exclusão foi consignada no Artigo 135 pelo qual as entidades organizadas sem objetivo de lucro, por profissionais médicos e paramédicos ou por estabelecimentos hospitalares, visando institucionalizar suas atividades para a prática da medicina social e para a melhoria das condições técnicas e econômicas dos serviços assistenciais, isoladamente ou em regime de associação, poderão operar sistemas próprios de pré-pagamento de serviços médicos e/ou hospitalares, sujeitas ao que dispuser a Regulação desse Decreto-Lei, as Resoluções do Conselho Nacional de Seguros Privados – CNSP e à fiscalização dos órgãos competentes. O CNSP e a Superintendência de Seguros

Privados – Susep são órgãos vinculados ao Ministério da Fazenda incumbidos de traçar e executar a política de seguros e previdência privada no País, bem como fiscalizar essas atividades.

Ocorre que o Decreto do Poder Executivo nº 60.459, Regulamento do Decreto-Lei nº 73/66, silenciou sobre o seguro saúde, de forma que a proibição do Artigo 134 não pode ser exigida, nem tampouco foi possível ao CNSP baixar as normas complementares, conforme previsto no Artigo 135.

Coube ao CNSP baixar, através da Resolução CNSP nº 11/76, as normas sobre as atividades de seguro saúde operado por companhias de seguros, rebatizando esse seguro com o nome de “Seguro de Reembolso de Despesas de Assistência Médica e/ou Hospitalar” pois havia, na época, uma discussão interminável, suscitada pelos órgãos de classe dos médicos, sobre a utilização do termo seguro saúde com diferentes significados.

O Médico e o seguro saúde

O médico é o elemento principal no sistema de seguro saúde e a sua atuação se dá em um regime que tem por paradigma a liberdade de atividade. Assim sendo, a opinião da classe médica deve ser devidamente examinada e respeitada, considerando-se também que as questões éticas e profissionais não dizem respeito tão-somente aos interesses dos médicos, cabendo incluir nesta análise a preocupação em preservar a qualidade do atendimento ao paciente.

É indispensável, portanto, para a evolução harmoniosa do seguro saúde privado no Brasil a preservação do princípio da livre escolha, como direito fundamental do paciente. Deve, também, ser respeitado o direito dos médicos como membros da comunidade, de individualmente ou através de organizações ou sociedades irem ao encontro da procura dos seus serviços exercida livremente.

Sob esse prisma, a instituição do seguro saúde pelo Decreto-Lei nº 73/66 foi feliz, pois estabeleceu a livre escolha de médicos e hospitais e a não interferência nos custos dos serviços profissionais do médico. Proíbe, ainda, expressamente, a seguradora de prestar diretamente qualquer tipo de assistência médica. É lamentável que este Decreto-Lei, por falta de regulamentação complementar, discipline apenas um dos segmentos de planos de saúde, deixando fora do controle do poder público as demais formas de proteção à saúde oferecidas ao público.

Da análise da norma vigente, conclui-se que não procede a crítica de que em pouco tempo as seguradoras ligadas a grandes conglomerados financeiros estarão dominando o trabalho médico. A esse respeito, manifestou-se o dr. Cassio Ravaglia, médico, professor da Faculdade de Medicina da USP e membro da Academia de Medicina de São Paulo, ao se referir, em artigo recente, à participação dos conglomerados financeiros no campo do seguro saúde: “Não

deixa de ser comovente a mobilização dessas novas e poderosas forças num campo que sistematicamente vem sofrendo de escassez de recursos, constituindo uma das causas prevaletentes da grande crise que ora atravessa a medicina assistencial entre nós. O sucesso que vem alcançando esta modalidade de seguro saúde, que oferece a livre escolha de médicos e hospitais, com abrangência em todo o território nacional, vem demonstrar sem a menor sombra de dúvida a indiscutível utilidade de sua presença, contribuindo para salvaguardar, poderíamos até dizer, os padrões de qualidade do exercício da medicina em nosso País”.

No passado, e atualmente de forma menos radical, a classe médica tem-se manifestado contra o seguro saúde, alegando, entre outras questões, que o desenvolvimento desse seguro traria óbices ao livre exercício da profissão. Essas posições equivocadas são tomadas muito mais por falta de diálogo e esclarecimentos quanto ao fato de que o seguro saúde estimula a prática da medicina privada, à medida que a repartição coletiva dos custos do seguro através do princípio do mutualismo permite o acesso de maior número de usuários a tratamentos de alto custo na rede privada. Esses tratamentos, sem a presença do seguro saúde, seriam feitos em hospitais públicos ou da previdência social ou, o que é pior, na ausência do seguro, não seriam suportáveis pelo patrimônio individual do paciente.

Seguro social, seguro privado, previdência social, assistência social, seguridade social e bem-estar social

Para situar o seguro saúde privado no contexto dos diversos sistemas de proteção social é necessário introduzir conceitos sobre as expressões de uso corrente na linguagem securatória.

Para Amilcar Santos, autor do livro *Seguro – Doutrina, Legislação e Jurisprudência*, “Seguro Social é o que tem por fim proteger as classes economicamente mais fracas contra certos e determinados riscos (doença, velhice, invalidez, desemprego, etc.)” e “Seguro Privado é aquele que, por iniciativa individual e livre estipulação, protege, economicamente, os bens e as pessoas que a sua cobertura procuraram”. Basicamente, a diferença fundamental entre o seguro social e o privado é que aquele é obrigatório e de responsabilidade coletiva, enquanto que este é facultativo e de responsabilidade contratual individual ou de um grupo de pessoas.

Celso Barroso Leite, autor do livro, *A Crise da Previdência Social*, afirma que previdência social significa quase o mesmo que seguro social, ou seja, benefícios em dinheiro custeados mediante contribuições; assistência social compreende diversas modalidades de ajuda, independentemente de contribuições diretas das pessoas a que se destinam. No Brasil, o conjunto de ambas, com a assistência médica incluída na primeira, constitui área de competência do Ministério da Previdência e Assistência Social, onde se situa o grosso das medidas dessa natureza. Nos demais países latinos e nos de língua inglesa esse conjunto, por vezes abrangendo outros programas, é conhecido por Seguridade Social sendo esta a expressão preferida na área internacional, onde também aparece bem-estar social embora

em sentido talvez mais amplo, ainda bem próximo portanto do que no Brasil denominamos Proteção Social”.

Pela definição de Celso Barroso, um dos maiores especialistas no assunto, verifica-se que previdência social e seguro social são expressões quase que sinônimas, sendo importante distinguir o seguro da assistência social, pois esta liga-se a programas de caráter caritativo e não se deve confundir com a assistência médica prestada pelo Inamps, cujo custeio é feito através da contribuição para a Previdência Social, inclusive a contribuição dos aposentados.

O seguro saúde deve ser facultativo

É um equívoco pretender tornar o seguro saúde exclusivamente estatal, como forma de socialização da medicina. Algumas correntes políticas ainda defendem a institucionalização do seguro saúde em caráter compulsório e estatal, argumentando que somente assim este oferecerá efetiva cobertura à recuperação da saúde dos indivíduos de pequenos rendimentos, exatamente aqueles cuja proteção mais interessa ao seguro social. Os usuários da assistência médica estatal, que sofrem nas filas intermináveis à espera de atendimento não podem concordar com essa linha de argumentação. Com a estatização da medicina, a classe médica seria também bastante prejudicada, principalmente se considerarmos a situação atual onde se constata uma baixa remuneração salarial no serviço público e, também, o nível de reembolso bastante reduzido, fixado pelo Inamps, para pagamento dos serviços prestados pela medicina privada através de convênios.

Tem-se os exemplos de países com bastante experiência acumulada em medicina social e privada como a URSS, em regime totalmente socializado, a Hungria e Inglaterra com pequena participação da medicina privada, e, no outro extremo, os EUA e a França com a medicina praticamente privatizada. Tanto no regime liberal dos EUA e França, quanto nos sistemas inglês e russo, bastante desenvolvidos, há imperfeições e descontentamento por parte de usuários e médicos. Portanto, não seria recomendável importar um ou outro modelo. E de se esperar que o regime misto, de uma maneira geral, atenda melhor aos anseios e necessidades da população em nosso País mesmo porque não há recursos governamentais suficientes nem condições que recomendem a estatização da medicina.

O seguro saúde complementa a proteção estatal à saúde

O seguro saúde privado tem também, por função, complementar a previdência social, ficando o Estado com a incumbência de oferecer melhor assistência médica e hospitalar às camadas da população de baixa renda que não têm acesso à medicina privada. Esta também é a opinião do dr. Cassio Ravaglia, ao afirmar que, “na medida, em que uma parcela mais bem situada de nossa sociedade optar por esta modalidade de atendimento, maiores

recursos poderão ser destinados aos grupos de menor poder aquisitivo, melhorando sensivelmente a qualidade dos serviços médicos prestados”.

A assistência médica previdenciária é insuficiente para as necessidades da população e bastante vulnerável pela qualidade dos serviços prestados, situação essa que vem se agravando pelas dificuldades financeiras do setor público. O próprio Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária – Conasp, reconheceu que o sistema de atendimento vigente se ressentia de reduzidos índices de produtividade, subutilização de serviços próprios e insatisfatória qualidade de atendimento, além de resultar em numerosas distorções e gastos crescentes.

É da maior importância para o País a atividade da previdência social na área de saúde. Todavia, é utopia pretender uma abrangência em seus serviços a ponto de atender satisfatoriamente a toda a população e, ao mesmo tempo, uma melhoria na qualidade do atendimento. Essa atividade deve ser desenvolvida com realismo, objetivando-se um atendimento razoável à população de baixa renda que, certamente, não poderá contar com qualquer forma de proteção à saúde fora da previdência social ou das demais formas de assistência gratuita estatal ou privada.

Dessa forma, o seguro saúde privado terá a seu cargo garantir o amparo a pessoas de melhor nível de renda que possam, portanto, ter despesas com a sua saúde e de seus dependentes. Nesse sentido, o seguro saúde facultativo se constitui em ferramenta auxiliar do sistema estatal de proteção à saúde, complementando-o.

O seguro saúde concorre ainda para a elevação do padrão das instituições de natureza médica e hospitalar, democratizando a assistência médica a um nível de abrangência requerida pela população.

A medicina moderna, sendo complexa e onerosa, não pode ser realizada eficiente e economicamente por um doente isolado. A atividade do médico também necessita adaptar-se às exigências do trabalho de equipe apoiado em uma rede hospitalar eficiente.

O seguro saúde, operado adequadamente, constitui, portanto, alternativa viável para a proteção de uma grande parcela da população que não deseja o atendimento de massa da previdência social.

Características básicas dos planos privados de seguro saúde

Os planos privados de seguro saúde são de natureza individual ou coletiva. No primeiro caso, uma pessoa isolada ou um chefe de família pode adquirir cobertura para sua proteção e de seus dependentes. No segundo caso, essa pessoa ou chefe de família possui vinculação com uma empresa ou uma associação que contrata em seu favor o plano de saúde, contribuindo para o seu custeio no todo ou em parte.

No caso do plano coletivo, há o interesse do empregador no mesmo, na medida em que a melhoria do padrão de atendimento médico-hospitalar a seus empregados, através do seguro, representa aumento da produtividade, pela valorização do indivíduo e pela economia do tempo que seria gasto no atendimento previdenciário.

Outra característica positiva do seguro saúde é quanto ao número ilimitado de unidades médico-hospitalares disponíveis para o segurado, em decorrência da livre escolha.

Os planos de seguro saúde, dada a sua complexidade técnico-operacional, exigem estruturação em bases técnicas e atuariais corretas, que permitam a geração dos recursos necessários ao pagamento das indenizações cabíveis, com respaldo em reservas técnicas calculadas atuarialmente.

As coberturas do seguro saúde são de grande abrangência, em termos de assistência médico-hospitalar, podendo o segurado utilizar os serviços do hospital e do médico que desejar no País e no exterior.

Aspectos gerais e técnicos

A empresa que se propõe a assumir riscos inerentes à operação do seguro saúde deve ter presente as dificuldades relativas à falta de apuração de dados estatísticos consistentes e atualizados em nosso País, imprescindíveis para uma quantificação precisa de tais riscos. Há uma multiplicidade de fatores influentes nas hipóteses atuariais básicas, principalmente as variações de custos dos serviços na mesma localidade e, de uma região para outra, e a velocidade de crescimento desses custos, escudada nas altas taxas de inflação.

Por esta razão, os prêmios puros fixados inicialmente nas Notas Técnicas, com base em estimativas, são revistos, periodicamente, em avaliações calcadas, dentro do possível, na própria experiência da empresa.

Para o dimensionamento do prêmio puro inicial é fundamental estudar as funções de distribuição das principais variáveis necessárias a essa avaliação, tanto para coberturas básicas quanto para as adicionais, bem como determinar os valores assumidos pelos respectivos parâmetros de cálculo.

A probabilidade de uma pessoa ficar doente, por exemplo, depende de diversos elementos, tais como: idade, condições sociais, fatores hereditários, etc. A probabilidade de uma pessoa sofrer um acidente pessoal, também, está correlacionada a fatores, tais como atividade profissional, prática de esportes, etc.

Para fins de avaliação de riscos, define-se evento como todo conjunto de ocorrências e/ou serviços de assistência médico-hospitalar verificados após o início de vigência do seguro, que tenham por origem ou causa o mesmo dano involuntário à saúde do participante do plano, em decorrência de doença ou acidente pessoal coberto.

Para se calcular a probabilidade de ocorrência do evento, toma-se por base as estatísticas morbimétricas, tendo em vista as hipóteses atuariais formuladas. Assim considere-se a população:

l_x pessoas de idade x , $l_x + 1$ de idade $x + 1$, $l_x + 2$ de idade $x + 2$... $l_x + n$
-1 de idade $x + n - 1$, $l_x + n$ de idade $x + n$

Da observação dessa população verifica-se em l_x pessoas de idade x , expostas aos riscos de doença, n_x dias de doença durante um ano; para $l_x + 1$ verifica-se $n_x + n$ dias de doença em um ano e, assim, sucessivamente, l_{x+n} verifica-se $n_x + n$ dias de doença.

Podemos, portanto, definir para essa população a taxa de morbidez anual correspondente à idade x .

$$Z_x = \frac{N_x}{l_x}$$

l_x

Z_x – é a taxa anual de morbidez para a idade x

N_x – é o número de dias de doença por ano, por pessoa de idade x , da população observada

Outras funções morbimétricas podem ser estudadas, a partir da observação da população citada, tais como:

$$P_x(d) = \frac{M_x}{l_x}$$

l_x

M_x – número de doentes

$P_x(d)$ – proporção de doentes

$$f_x(d) = \frac{C_x}{l_x}$$

l_x

C_x – número de ocorrências

$f_x(d)$ – freqüência de doenças

$$t_x(c) = \frac{C_x}{M_x}$$

C_x

$t_x(c)$ – duração média de doenças por ocorrência

$$t_x(d) = \frac{M_x}{MX}$$

M_x

$t_x(d)$ – duração média da doença por doente e por ano

Conforme visto nessas noções básicas, o principal problema no equacionamento do plano é determinar a probabilidade de acidente e doença, ou seja, a frequência de acidentes e doenças, como primeira etapa, e também determinar dano médio ou o custo médio de um evento.

Na estruturação técnica da operação de seguro saúde, aplicam-se modelos matemáticos baseados na teoria das probabilidades, em especial na lei dos grandes números.

Nesse seguro, mesmo aceitando-se um grande número de segurados podem ocorrer fortes oscilações entre os valores atribuídos aos parâmetros básicos do plano e os efetivamente verificados na carteira.

Assim sendo, é necessário que a empresa operadora monte um completo sistema de apuração de dados estatísticos e informações, com ênfase especial para o controle dos custos dos serviços.

Finalmente, deve ser mensurado corretamente o valor máximo de indenização que a empresa poderá garantir no plano, sem pôr em risco o equilíbrio das operações.

Bibliografia

1. RICHARD. P.J. Théorie et pratique des opérations d'assurance.

Edição número 23, julho-agosto 1985

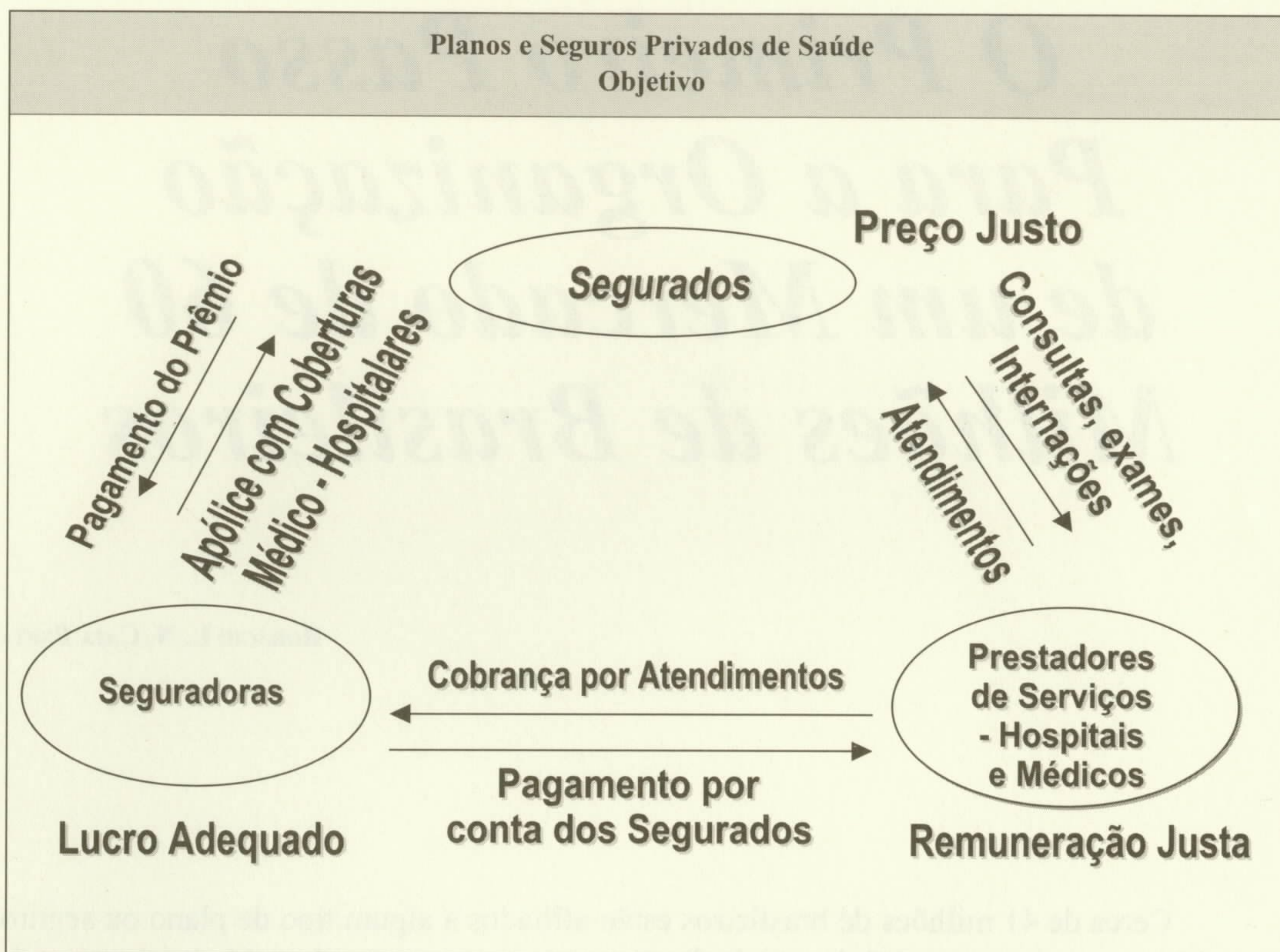
O Primeiro Passo Para a Organização de um Mercado de 60 Milhões de Brasileiros

HORÁCIO L. N. CATA PRETA

Cerca de 41 milhões de brasileiros estão afiliados a algum tipo de plano ou seguro de saúde, o que representa 1/2 da população. Estes planos e seguros de saúde iniciaram suas atividades na década de 60, embora existam muitos exemplos de entidades beneficentes que, de certa forma, também atuassem de forma assemelhada em épocas anteriores.

A partir do início da década de 80 as empresas de medicina de grupo, as cooperativas médicas e as seguradoras iniciaram uma grande campanha de massificação dos seus produtos e rapidamente foram agregados expressivos contingentes às carteiras daquelas entidades. Estima-se que, em 1980, 25 milhões de pessoas eram cobertas por planos de saúde. Em 1990 já eram 33 milhões e, apenas 7 anos após, 41 milhões estão protegidos por contratos privados de assistência à saúde.

As seguradoras, apesar de terem previsão legal para operar no ramo Seguro Saúde, desde 1966, conforme previsto nos Artigos 129 a 133 do Decreto-Lei nº 73/66, somente começaram efetivamente a operar neste ramo nos anos 80, quando então foi editada a Resolução do CNSP de nº 16/88, que regulamentou o Seguro de Reembolso de Despesas Médico-Hospitalares. Posteriormente, outras Resoluções do CNSP e Circulares da Susep estabeleceram normas técnicas mais aprimoradas para a operação desta modalidade de seguro, culminando com a Resolução CNSP nº 31/94, que criou o Seguro de Garantia Compreensiva de Saúde, precursor da regulamentação que agora rege a atividade.



Um resumo da regulamentação

A nova regulamentação tem, entre outros, os seguintes pontos positivos:

- Organiza e disciplina as regras de acesso e operação no mercado para as operadoras de planos e seguros de saúde (Artigos 1 a 9 e 20);
- Estabelece um plano de referência obrigatório e planos facultativos com coberturas mínimas, também obrigatórias (Artigos 10 a 12);
- Estabelece regras para os provedores de serviços de assistência à saúde (médicos, hospitais, clínicas e laboratórios) (Artigos 17 e 18);
- Cria normas contratuais básicas para os planos e seguros de saúde, incorporando inclusive disposições do Código de Defesa do Consumidor (Artigos 13 a 16);
- Fixa prazos para adaptação das operadoras e dos contratos existentes (Artigos 19, 36 e 37);

- f) Proíbe a realização de operações financeiras entre a operadora e seus diretores, conselheiros e respectivos cônjuges, assim como com empresas que os mesmos participem (Artigo 21);
- g) Determina que as demonstrações financeiras das operadoras sejam submetidas a auditores independentes e publicadas anualmente (Artigo 22);
- h) Estabelece para as operadoras um regime especial, impedindo-as de requerer concordata ou falência e submetendo-as à direção fiscal e liquidação extrajudicial, à semelhança das instituições financeiras e seguradoras; da mesma forma determina penalidades para as infrações aos dispositivos da lei aplicáveis à operadora e aos administradores (Artigos 23 a 29);
- i) Assegura ao participante de plano coletivo de saúde, no caso de seu desligamento da empresa sem justa causa, o direito de permanecer no mesmo desde que pague a contribuição integral, por um prazo mínimo de 6 e máximo de 24 meses (Artigo 30);
- j) Assegura, também, ao empregado que se aposentar e que tiver contribuído para um plano coletivo de saúde por, no mínimo 10 anos, o direito de permanecer no referido plano, nas mesmas condições em que estava, desde que assuma a contribuição integral do mesmo, garantindo, ainda, caso não tenha atingido a contribuição mínima de 10 anos, o direito de manutenção à razão de 1 ano para cada ano de trabalho (Artigo 31);
- k) Determina o ressarcimento pelas operadoras ao SUS – Sistema Único de Saúde, dos atendimentos realizados em instituições públicas ou privadas, conveniadas ou contratadas, aos afiliados a planos ou seguros privados de saúde (Artigo 32);
- l) Garante ao paciente, afiliado de plano ou seguro privado de saúde, acomodação de nível superior caso não haja disponibilidade de leito hospitalar na categoria prevista em seu contrato em hospitais próprios ou credenciados (Artigo 33);
- m) Permite às entidades que mantêm atividades diversas da operação de plano de saúde a possibilidade de constituir pessoa jurídica independente, com ou sem fins lucrativos, para cuidar exclusivamente desta última atividade (Artigo 34);

Análise dos novos dispositivos legais

Analisando cada um dos itens acima mencionados, temos:

a) Regras de Acesso à Operação (Artigos 1 a 9 e 20)

Neste conjunto de normas são definidos os tipos de operadoras de planos e seguros de saúde. São classificadas como Operadoras de Planos de Saúde as empresas ou entidades de medicina de grupo, as cooperativas médicas e as entidades e como Operadoras de

Seguros de Saúde as seguradoras. O parágrafo 4º do Artigo 1º permite que: “pessoas físicas e jurídicas residentes ou domiciliadas no exterior podem constituir ou participar do capital, ou do aumento do capital, de pessoas jurídicas de direito privado constituídas sob as leis brasileiras para operar planos ou seguros privados de assistência à saúde.”

O Artigo 3º estabelece as atribuições do Conselho Nacional de Seguros Privados (CNSP), cabendo-lhe definir as regras para constituição, organização, funcionamento e fiscalização das operadoras de planos privados de saúde, assim como estabelecer as condições técnicas, as características gerais dos contratos a serem utilizados, normas de contabilidade, atuário e estatística, o capital e o patrimônio líquido, os limites técnicos e as garantias de manutenção do equilíbrio econômico financeiro.

O Artigo 4º reorganiza o CNSP e acrescenta-lhe novos membros, entre ele os Ministros da Saúde e da Justiça.

O Artigo 5º define as atribuições da Superintendência de Seguros Privados (Susep) para a fiscalização das operadoras de planos privados de saúde. A Susep deverá introduzir um setor específico em sua estrutura organizacional para cuidar dos assuntos relacionados com as operadoras de planos privados de saúde, conforme determina o parágrafo 2º do referido Artigo.

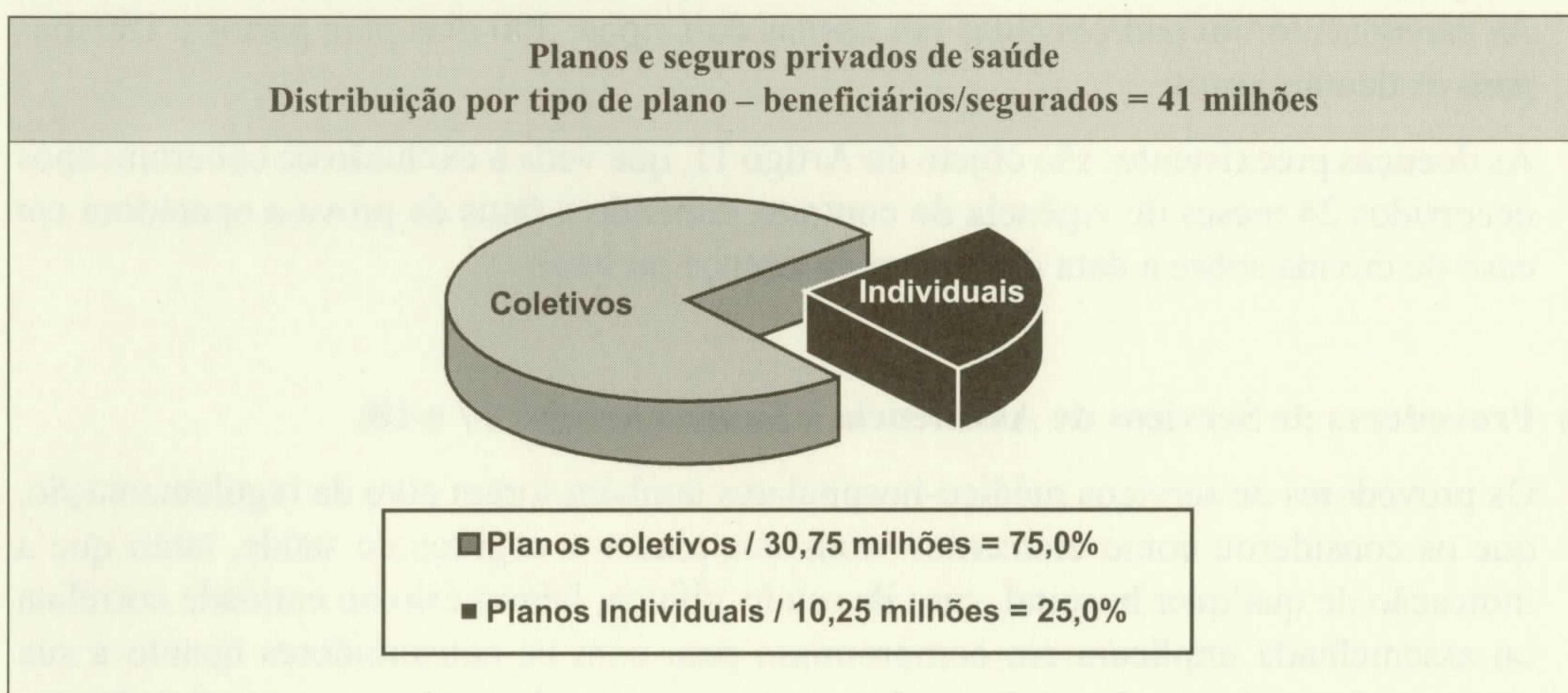
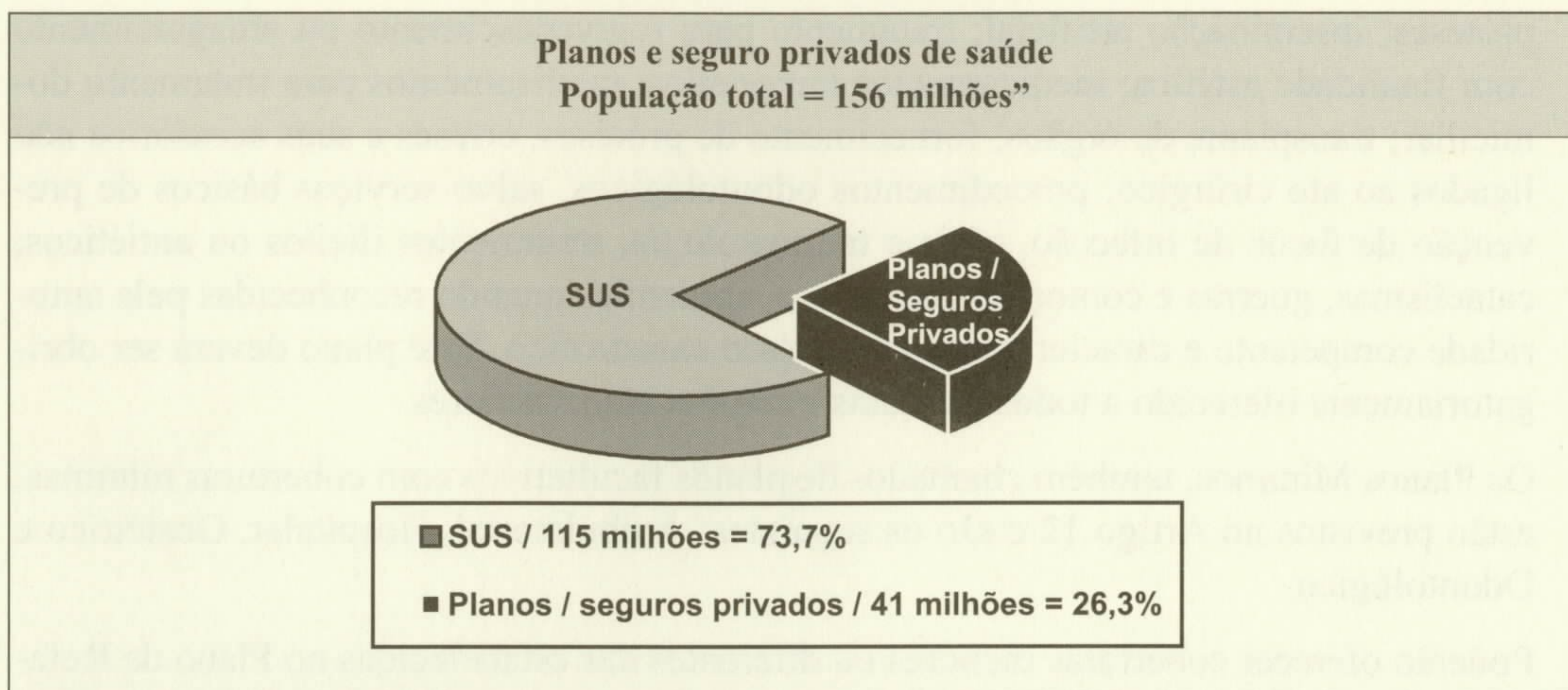
A Susep deverá ouvir o Ministério da Saúde em questões concernentes às coberturas e aspectos sanitários e epidemiológicos relativos aos serviços médico-hospitalares.

O Artigo 6º cria um órgão consultivo do CNSP, chamado Câmara de Saúde Suplementar, cuja competência é emitir pronunciamentos nas matérias previstas no Artigo 3º relacionadas com a operação de planos e seguros privados de assistência à saúde e será composta por 19 membros e presidida pelo Ministério da Saúde.

Para obter autorização de funcionamento, de acordo com o Artigo 8º, as operadoras de planos de saúde deverão ter registro nos Conselhos Regionais de Medicina e Odontologia; descrever os serviços próprios e os que serão prestados por terceiro (credenciados); descrever as instalações e equipamentos destinados à prestação de serviços de saúde; especificar os recursos humanos qualificados e habilitados, de acordo com as leis vigentes; demonstrar capacidade de atendimento; demonstrar a viabilidade econômico-financeira dos planos de saúde a serem comercializados; e, especificar a área geográfica coberta pelo plano de saúde. As seguradoras estão dispensadas do cumprimento dos itens acima, exceto os dois últimos.

Os planos de saúde somente poderão ser comercializados após serem protocolados na Susep e o número do certificado de registro deverá figurar nos contratos de planos ou apólices de seguros de saúde.

As operadoras de planos e seguros de saúde ficam obrigadas, nos termos do Artigo 20, a fornecer ao Ministério da Saúde e à Susep informações e estatísticas, inclusive de natureza cadastral.



b) Plano de Referência, Planos Mínimos, Coberturas, Exclusões, Carências, Doenças Preexistentes (Artigos 10 a 12)

O Plano de Referência previsto no Artigo 10 é um plano extremamente abrangente, mais do que o previsto na Resolução CNSP 31/94 (Seguro de Garantia Compreensiva de Saúde), pois garante todo e qualquer tratamento, exclusivamente no Brasil, das doenças relacionadas no Código Internacional de Doenças da Organização Mundial de Saúde (OMS) e partos, em padrão enfermagem ou centro de terapia intensiva, sem limitação de tempo de internação, exceto para os casos de tratamento clínicos ou cirúrgicos experimentais; procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e

próteses; inseminação artificial; tratamento para rejuvenescimento ou emagrecimento com finalidade estética; medicamentos importados; medicamentos para tratamento domiciliar; transplante de órgãos; fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico; procedimentos odontológicos, salvo serviços básicos de prevenção de focos de infecção, cárie e traumatologia; tratamentos ilícitos ou antiéticos; cataclismas, guerras e comoções internas; e, epidemias quando reconhecidas pela autoridade competente e caracterizadas como risco catastrófico. Este plano deverá ser obrigatoriamente oferecido a todos os atuais e futuros consumidores.

Os Planos Mínimos, também chamados de planos facultativos com coberturas mínimas, estão previstos no Artigo 12 e são os seguintes: Ambulatorial, Hospitalar, Obstétrico e Odontológico.

Poderão oferecer coberturas menores ou diferentes das estabelecidas no Plano de Referência porém, devem observar determinados limites básicos, cabendo destacar no plano Hospitalar a impossibilidade de limitação do tempo de internação hospitalar ou em UTI. As carências foram padronizadas em apenas dois tipos: 300 dias para partos e 180 dias para os demais casos.

As doenças preexistentes são objeto do Artigo 11, que veda a exclusão de cobertura após decorridos 24 meses de vigência do contrato, cabendo o ônus da prova à operadora em caso de dúvida sobre a data de origem da doença ou lesão.

c) Provedores de Serviços de Assistência à Saúde (Artigos 17 e 18)

Os provedores de serviços médico-hospitalares também foram alvo da regulamentação, que os considerou como elementos vitais nos planos e seguros de saúde, tanto que a indicação de qualquer hospital, casa de saúde, clínica, laboratório ou entidade correlata ou assemelhada implicará em compromisso para com os consumidores quanto a sua manutenção ao longo da vigência do contrato, sendo obrigatória a comunicação aos detentores de planos ou seguros de saúde, quando da substituição do credenciado com pelo menos trinta dias de antecedência.

Outro aspecto importante introduzido pela regulamentação com relação aos provedores de serviços de assistência à saúde são as obrigações que passaram a ter relação aos pacientes que não poderão ser discriminados ou atendidos de forma distinta em função do seu vínculo a uma determinada operadora. Os casos de emergência, urgência, as pessoas idosas, as gestantes, lactantes e crianças até cinco anos terão prioridade no atendimento e na marcação de consultas ou quaisquer outros procedimentos.

Também passou a ser vedado às operadoras impor contrato de exclusividade ou de restrição à atividade profissional aos médicos e demais profissionais da saúde, sendo-lhes garantido o direito de relacionamento como credenciados com quantas operadoras desejar.

Planos e seguros privados de saúde			
Distribuição por tipo de operadora – dezembro 1996			
Tipo	Nº Operadoras	Nº Segur./ associados	Nº
Seguradoras (FENASEG)	40	4.700.000	11,5
Medicina de Grupo (ABRAMGE)	670	17.300.000	42,2
Cooperativas Médicas (UNIMED)	320	10.000.000	24,4
Autogestão/Planos Administrativos (ABRASPE e CIEFAS)	150	9.000.000	21,9
Total	1.180	41.000.000	100,0

d) Normas Contratuais Básicas (Artigos 13 a 16)

Importantes modificações foram introduzidas pela regulamentação nos contratos de planos e seguros de saúde. As principais referem-se à renovação automática obrigatória, prazo mínimo de um ano para contratos individuais e familiares, vedação de recontagem de carências e de suspensão do contrato e denúncia unilateral, salvo por fraude ou não pagamento da mensalidade por período superior a sessenta dias e denúncia unilateral durante a internação.

As pessoas portadoras de deficiências ou idosas não poderão ser impedidas de ingressar em planos ou seguros de saúde, devendo as operadoras organizar grupos especiais para a aceitação dos riscos inerentes.

As alterações das mensalidades em função das faixas etárias continuarão sendo permitidas, todavia, deverão estar enquadradas nos critérios e parâmetros fixados pelo CNSP. Os segurados com mais de sessenta anos e desde que participem do mesmo plano ou seguro há mais de 10 anos, não sofrerão reajuste nos prêmios a partir daquela idade. As operadoras deverão realizar estudos técnico-atuariais para medir o impacto desta medida em suas carteiras e determinar como será feito o financiamento desse grupamento etário pelos mais jovens.

Dos contratos deverão constar dispositivos que indiquem as condições de admissão, início da vigência, carências, observado o período máximo conforme Artigo 12, as fai-

xas etárias e os percentuais de reajuste de cada uma, as condições de perda da qualidade do segurado, os eventos cobertos e os excluídos, a modalidade do plano ou seguro (individual, familiar ou coletivo), as franquias, os limites financeiros de cada cobertura ou o percentual de co-participação, os bônus, descontos ou agravamentos das modalidades, a área geográfica de abrangência do plano e os critérios de reajuste e revisão das mensalidades.

Quando da venda do plano ou seguro deverá ser entregue ao consumidor uma cópia do contrato ou das condições gerais, além de material explicativo que descreva em linguagem simples todas as suas características, direitos e obrigações.

A validade do contrato fica condicionada à aposição da rubrica do consumidor contratante ao lado de cada uma das cláusulas que tratam dos itens mencionados anteriormente e relacionados no Artigo 16 da lei regulamentadora.

e) Prazos para adaptação das operadoras e dos contratos (Artigos 19,36 e 37)

A regulamentação fixa diversos prazos. O primeiro deles refere-se à entrada em vigor da própria lei que é de 90 dias após a sua publicação. O segundo é de 180 dias para as operadoras de planos e seguros de saúde que requererem a autorização de funcionamento, contados da expedição das normas pelo CNSP. O não atendimento a este dispositivo implicará no pagamento de multa diária. O terceiro prazo é de 90 dias após a obtenção da autorização de funcionamento, para adaptação dos contratos em vigor à nova lei.

f) Operações financeiras com diretores (Artigo 21)

Este Artigo introduz uma regra há muito existente para as instituições financeiras e seguradoras e que proíbe a realização de adiantamentos, empréstimos e operações financeiras em geral entre as sociedades e seus diretores e conselheiros e respectivos cônjuges e também com empresas nas quais participem e sejam controladores, conforme definido em lei.

g) Demonstrações financeiras – auditoria e publicação (Artigo 22)

Com exceção das seguradoras, todas as demais operadoras de planos de saúde não estavam obrigadas a publicar seus balanços e tampouco submeter suas contas a auditores independentes.

O Artigo 22 da lei regulamentadora ao criar esta obrigatoriedade trará, também, maior transparência aos números do mercado de planos de saúde e permitirá aos participantes das entidades conhecer a situação econômico-financeira de cada uma delas.

O parágrafo único do Artigo 22 menciona também a auditoria atuarial, que poderá ser exigida de acordo com as normas que vierem a ser fixadas pelo CNSP.

Planos e seguros privados de saúde Tendência de crescimento até o ano 2000					
	Segurados/ Associados	Receita R\$ bilhões	Segurados/ Associados	Receita R\$ bilhões	Taxa Média Anual de Crescimento
Seguro Saúde	4.700.000	3,0	15.000.000	9,8	25,0%
Medicina de Grupo	17.300.000	4,5	20.000.000	6,6	10,0%
Cooper. Médicas	10.000.000	3,5	14.000.000	5,1	10,0%
Autogestão	9.000.000	5,1	11.000.000	6,2	5,0%
Total	41.000.000	16,1	60.000.000	28,7	12,4%

h) Regime especial de fiscalização, direção fiscal, liquidação extrajudicial, infrações e penalidades (Artigos 23 a 29)

A lei equipara as operadoras de plano de saúde, às instituições financeiras e seguradoras submetendo-se ao disposto no Decreto-Lei nº 73/66, uma vez que não mais estarão sujeitas à concordata ou falência, mas tão-somente à liquidação extrajudicial (Artigo 23).

Especial atenção deve ser dada ao Artigo 24 que trata da insuficiência de reservas técnicas, que na lei são chamadas de garantias e previstas no Artigo 3º inciso VII, assim como das anormalidades econômico-financeiras e administrativas graves, podendo a Susep nomear um diretor fiscal por um prazo máximo de 180 dias, que deverá analisar a operadora sob todos os aspectos e propor as medidas cabíveis, inclusive a transformação da direção fiscal em liquidação extrajudicial.

Se as medidas para recuperação econômico-financeira não surtirem efeito, a Susep promoverá no prazo máximo de 90 dias o leilão da carteira de planos ou seguros de saúde da operadora.

As infrações aos dispositivos da lei sujeitam a operadora, seus administradores, membros dos conselhos às seguintes penalidades: advertência, multa pecuniária, suspensão do exercício do cargo, inabilitação temporária e inabilitação permanente. Estes também respondem solidariamente pelos prejuízos causados a terceiros, pelo descumprimento de leis, normas e instruções previstas na legislação e, em especial, pela falta de constituição e cobertura das garantias obrigatórias (reservas técnicas).

A multa máxima será de R\$ 50.000,00, aplicável após processo administrativo, de acordo com as normas baixadas pelo CNSP.

i) Empregados desligados (Artigo 30)

Este dispositivo estaria melhor inserido na Consolidação das Leis do Trabalho, pois cuida de um direito do trabalhador e não de um aspecto técnico dos planos e seguros de saúde. Todavia, já que foi colocado na lei, o que as operadoras deverão providenciar é um amplo estudo do impacto nos custos dos diversos planos coletivos, especialmente nas empresas em que há grande rotatividade de mão-de-obra.

j) Empregados aposentados (Artigo 31)

Idêntico comentário aplica-se a este Artigo. Trata-se de um direito do empregado e cada empresa tem uma política de recursos humanos sobre o assunto. As empresas que possuem planos de autogestão terão problemas adicionais para administrar estes casos e os de empregados desligados, pois não têm estrutura para cobrança e controle de mensalidades.

k) Ressarcimento ao SUS (Artigo 32)

O Artigo 32 pacifica uma antiga discussão em torno do tema. As unidades do SUS apresentarão sua contas às operadoras e estas terão 30 dias para analisar os comprovantes e creditar na conta das unidades ou do Fundo Nacional de Saúde. O CNSP fixará normas para os casos de glosas aplicadas pelas operadoras nos processos apresentados.

l) Disponibilização de leitos (Artigo 33)

As operadoras serão obrigadas a garantir ao paciente, titular ou dependente de um plano ou seguro de saúde, acomodação de nível superior caso não haja disponibilidade de leito da categoria do seu plano no momento da internação.

m) Entidades com múltiplas atividades (Artigo 34)

Muitas entidades dedicam-se a outras atividades além da administração de planos de saúde. A lei assegura a essas entidades o direito de constituírem uma entidade específica para a operação de planos de saúde.

Considerações finais

A nova Lei não é auto aplicável, pois necessita de diversas Resoluções do CNSP e de Circulares da Susep para a sua implementação. É o primeiro passo para a organização de um mercado pujante e que deverá congrega mais de 60 milhões de brasileiros nos próximos cinco anos.

O CNSP, a Susep e as operadoras terão muitas contribuições a dar ao aperfeiçoamento desta regulamentação que ora se inicia.

A Quem Interessa a Destruição do Sistema Privado de Saúde?

JÚLIO BIERRENBACH

Muitos anos de discussões e parece que desta vez estamos na iminência de aprovar uma lei que regulamente o setor de seguro saúde. Projetos e mais projetos, emendas e mais emendas de maior e menor qualidade finalmente estão para ser analisadas de forma definitiva no Senado Federal.

Caso o velho sonho da viagem no tempo fosse possível gostaria de ter podido transmitir aos interessados, no início do processo de debates e discussões, a definição de mutualismo, base doutrinária de todo o processo de seguro.

O mutualismo

Parece difícil mas não é. Pessoas, diante de um certo risco futuro, reúnem-se para, mediante o pagamento de um prêmio que lhes corresponda, fazer frente em conjunto aos riscos individuais que se realizem. Imaginemos dez pessoas com medo dos possíveis custos de tratamento de uma gripe. Analisando o ocorrido no ano anterior, chegam à conclusão de que cada uma ficará gripada uma vez no ano e que o tratamento desta gripe custará R\$ 100,00. A mensalidade a ser paga para fazer frente a tais riscos seria de R\$ 10,00 por pessoa. Caso haja mais de dez gripes no ano ou caso o tratamento de cada gripe custe mais de R\$ 100,00, se produzirá o desequilíbrio atuarial, forçando-se um aumento de contribuição.

Incluam-se outras doenças, mais ou menos complexas, admita-se que a ocorrência de enfermidades é maior em certos períodos do ano. Conclua-se que administrar adequadamente as reservas para cobrir estes riscos é indispensável e teremos criado as entidades de administração de riscos de saúde que tanto podem ser mútuas puras, cooperativas, empresas de medicina de grupo ou seguradoras, o conjunto de operadoras como chamado pelo Projeto aprovado na Câmara dos Deputados. O papel destas operadoras é organizar a prestação de serviço e a criação e manutenção das reservas, visando a tornar adequado, econômico e eficaz o processo. Os sinistros propriamente ditos serão pagos pelo conjunto de segurados.

As experiências dos EUA e do Japão

Nem sempre a experiência internacional deve servir de base para nossos projetos e leis. Em certos casos, no entanto, a análise de modelos mais adiantados nos permite ver as coisas com mais facilidade.

O país mais adiantado em seguro saúde privado é os Estados Unidos. O Estado oferece somente cobertura aos idosos (mais de 65 anos) pelo sistema do *Medicare* e aos paupérrimos, pelo *Medicaid*. Todo o restante da sociedade, por seguros grupais ou individuais, termina buscando cobertura privada. Há grande liberdade de contratação, podendo o consumidor americano tanto comprar produtos completíssimos como, dependendo da circunstância ou de suas possibilidades, apólices com coberturas limitadas ou até específicas para uma doença.

Como pólo oposto eu citaria o Japão. O Estado, naquele país, pretende cobrir seus cidadãos contra todas as doenças. Teoricamente, não há necessidade de participação da iniciativa privada. Como esta, no entanto, é complementar, terminou por oferecer aos japoneses uma cobertura adicional para padrões mais elevados de conforto, quartos privativos entre outros. O consumidor paga um pequeno prêmio e, caso tenha um sinistro, é atendido pela sua seguradora privada que, depois de pagar a conta, se ressarce do Estado cobrando-lhe aquilo que teria gasto no caso de atender diretamente.

Em certos países, quem opta por cobertura privada, e desiste da pública, deixa de pagar pela assistência social. Em outros, o cidadão paga pelas duas coberturas e escolhe aquela que deseja utilizar. Em todos os casos, a iniciativa privada é complementar ao Estado que tem obrigações claras e indiscutíveis mesmo que às vezes, como nos Estados Unidos, limitadas.

No Brasil, a dificuldade básica da complementaridade consiste no fato de que o Estado, teoricamente obrigado a toda prestação de serviços, termina mudando constantemente de política, obrigando-nos a verdadeiros malabarismos atuariais em uma área já difícil de prever. Para ser mais explícito: a maior ação pública na área da saúde neste país em tempos mais recentes foi a vacinação em massa. Algumas doenças como a pólio, o sarampo, a coqueluche e a difteria quase desapareceram. Quem durante o período de maior inves-

timento em vacinação estivesse estabelecendo os preços para o seguro saúde, consideraria tais processos de vacinação como uma evolução da sociedade sem possibilidade de retrocesso e portanto não consideraria nos custos de tratamento tais doenças.

Certo tempo depois, algum ministro toma uma iniciativa de mudar o processo de vacinação e tais doenças voltam. Com elas outras que se imaginavam proscritas: tuberculose, dengue e cólera. Como ficam os cálculos realizados? É de fato extremamente difícil ser complementar neste país. Nunca se sabe a que seremos complementares.

O Projeto de lei aprovado na Câmara dos Deputados

Depois de tanta discussão, de tanto susto, de tanta inquietação, a Câmara dos Deputados terminou aprovando no dia 15 de outubro de 1997, em plenário, o Projeto 4.425/94. É um projeto de boa qualidade que apesar de imperfeito – contém claros excessos contra as operadoras de planos – apresenta aprimoramentos extraordinários para o consumidor. Comento alguns deles, pois a paixão corporativa ou ideológica ou interesses puramente protelatórios terminaram lograr que a maioria nem tomasse conhecimento de tais melhorias.

1) Regulamentação geral

Atualmente só as seguradoras são regulamentadas em suas atividades. Cooperativas médicas, medicina de grupo e sistemas de autogestão não estão sujeitos a qualquer regulamentação, podendo proceder de maneira desuniforme o que termina por confundir o consumidor. O projeto aprovado regula todas as atividades ligadas ao seguro saúde. É importante que assim seja pois, afinal de contas, há hoje mais de 40 milhões de cidadãos cobertos por produtos privados.

2) Restrições ao cancelamento

O mais importante avanço do novo projeto estabelece que as operadoras somente poderão cancelar um seguro individual no caso de o segurado deixar de pagar por período superior a 60 dias ou se fraudar à companhia. Este dispositivo torna ilegal o cancelamento imotivado usado em circunstâncias adversas por empresas menos escrupulosas.

3) Internação sem limite

Atualmente as empresas são autorizadas a estabelecer limites máximos de prazos de internação. Embora a maioria das seguradoras já esteja trabalhando sem limites, algumas outras empresas de medicina de grupo ou principalmente cooperativas terminam operando com limites. O projeto aprovado estabelece que os segurados ficarão internados pelo prazo que necessitem.

4) Redução das carências

Hoje há empresas que operam com prazos de carência que superam até os dois anos. O projeto aprovado estabelece um limite de seis meses para todos os tratamentos e de dez meses para parto como períodos de carência.

5) Limitação das alegações de preexistência a dois anos

Uma das grandes dores de cabeça atuais do consumidor e das empresas se relaciona com a cobertura da preexistência. Embora o projeto aprovado na Câmara mantenha, como não poderia deixar de ser, a não cobertura às doenças preexistentes, estabelece que tais alegações somente poderão ser feitas nos primeiros dois anos de vigência do seguro e que mesmo neste prazo a prova do alegado caberá à operadora.

6) Garantia de permanência no plano coletivo de aposentados e demitidos

O texto aprovado estabelece que os demitidos e os aposentados poderão permanecer nos planos, em certas circunstâncias. Apesar de se tratar de cláusula que onera ainda mais a folha de pagamento e eventualmente a tomada de decisão de contratação de seguro saúde para seus funcionários, representa este preceito garantia aos demitidos e aos aposentados de que poderão continuar cobertos por apólices coletivas depois de cessação de seu vínculo atual.

7) Obrigatoriedade de prévio conhecimento das taxas por idades no momento da contratação do seguro

Hoje em dia apenas algumas poucas empresas informam nas propostas suas taxas por idade. Pelo novo projeto, todas elas serão obrigadas a estabelecer esta correlação na origem do seguro.

8) Nivelamento dos prêmios a partir dos sessenta anos

Não se poderá variar o preço do seguro saúde depois dos sessenta anos de idade. Os aumentos por faixas etárias ocorrerão normalmente até os sessenta anos de idade mas a partir daí o seguro ficará nivelado.

Os aprimoramentos acima listados são apenas aqueles que nos pareceram mais importantes. Passaram, no entanto, despercebidos da maioria do público deste país.

As seguradoras não podem cobrir todas as doenças, sem quaisquer limitações

Alguns riscos não são passíveis de cobertura securitária salvo em apólices coletivas. Nem aqui nem na China. São três naturezas, basicamente:

1) Aqueles cuja frequência da ocorrência ou seu alto custo levam a um preço que o consumidor não tem condições de pagar

Como exemplo, temos o roubo de relógios no Rio e em São Paulo ou no próprio ramo de saúde as epidemias e cataclismos, guerras entre outros. É também exemplo interessante o lançamento de satélites ao espaço cujo preço do seguro chega quase ao valor do próprio satélite.

2) Os riscos que por sua imprecisão tornem discutível a ocorrência de sinistros no futuro

Na própria área de saúde temos o exemplo dos tratamentos de doenças mentais. Quem pode ter absoluta convicção de que este ou aquele segurado necessita ou não de um tratamento psicológico, psiquiátrico ou psicanalítico? É dúvida permanente das que nos fazem lembrar o genial “Alienista” do Machado de Assis.

3) Os riscos já ocorridos, as famosas doenças preexistentes cujos seguros teriam necessariamente preços equivalentes ao custo do próprio tratamento. Até porque os consumidores só se tornariam segurados, só comprariam a cobertura, depois de doentes. Quebrava-se o princípio do mutualismo.

Em geral não podem as seguradoras aceitar riscos imprevisíveis e não podem os segurados comprar coberturas pelas quais não possam pagar. Por que obrigar um casal que não deseja filhos a comprar a cobertura de parto? Por que tornar obrigatória a contratação de cobertura Aids aos que não têm risco de contrair a doença ou este risco é inferior ao preço que certa seguradora está cobrando? Qual a razão de tornar obrigatória a aquisição de um produto completo se o segurado não tem interesse em cobrir o risco de consultas médicas, por exemplo? Em vez de defesa do consumidor, tal obrigatoriedade está limitando o direito de tal cidadão de escolher as coberturas que quer ou pode pagar.

Somente 6 milhões de segurados de saúde adquirem sua cobertura em seguradoras. Outros 34 milhões de cidadãos optaram por produtos de medicina de grupo e de cooperativas que, mais limitados quanto à abrangência, terminam sendo oferecidos por preços mais baratos. O produto médio de seguro saúde de uma Sul América, Bradesco, Porto ou Marítima, só para citar algumas, cobre transplantes, implantes, próteses e órteses internas, internação ilimitada, cobrem doenças de alta complexidade como o câncer e as cirurgias do coração, do cérebro. Cobrem as quimioterapias e as radioterapias. Por que razão não optaram pelas seguradoras 100% dos consumidores? Afirmo que não o fizeram porque encontraram no mercado produtos mais baratos. Preferiram limitações a ficar sem qualquer cobertura.

O que significa cobrir transplantes em uma empresa pequena? Não há massa suficiente de clientes, não há massa mutual suficiente para cobertura deste tipo de risco. Imaginem vocês uma empresa que tenha começado nos anos sessenta quando ocorreram os primeiros transplantes.

Hoje, em 1998, transplantam-se córneas, fígados, rins, medula óssea, ossos, pulmões, a quantidades cada vez maiores. Pensemos no futuro e continuemos na esperança de que haja maior conscientização da sociedade para um aumento da quantidade de doações. Aonde vai parar o sistema? Soube recentemente que certos cânceres de mama se tratarão mediante transplante de medula. Como ficaria a empresa pequena que nos anos sessenta resolveu aceitar o risco?

Imagine-se que o aumento dos planos mais limitados atuais, caso o Projeto aprovado na Câmara termine aprovado também no Senado, seja em torno de 20% a 25%. Os produtos mais completos teriam aumento inferior a 10%. Mesmo com sacrifício os segurados privados permaneceriam em sua grande maioria. Caso se aprovassem leis que obrigassem ao tratamento de todas as doenças de alta complexidade, cobertura de órteses e próteses, inclusive estrangeiras, teríamos uma elevação dos planos mais simples em até 100%, podendo se produzir um retorno de até 20 milhões de segurados ao SUS.

A proibição do cancelamento por falta de pagamento e a obrigatoriedade de aceitação das doenças preexistentes no seguro individual levariam à extinção do sistema privado. Este desaparecimento levaria 40 milhões de pessoas de volta ao Sistema Único de Saúde sem um centavo de acréscimo de arrecadação: aos estatizantes de plantão não interessa a destruição do Sistema Único.

A redução dos clientes das empresas privadas levaria os prestadores de serviço de volta à área pública onde sua remuneração é significativamente inferior à do sistema privado: a médicos e hospitais não interessa a destruição do sistema privado. Aos consumidores não interessa a destruição do sistema privado porque nele têm suas esperanças, nele têm sua melhor alternativa. Será que a regulamentação não termina de passar exclusivamente por motivos protelatórios?

Será que alguém aproveita a manutenção do *status quo*? Pode ser. Recentemente, o Presidente da Unimed, Dr. Edmundo Castilho, declarou que o Projeto da Câmara não servia. O do Senado também não. Seria preciso “começar do zero”. Na mesma oportunidade, no *Correio Braziliense* de 4 de março de 1997, página 14, afirma o Dr. Castilho que “somente as empresas que não buscam lucro” (!) como a Unimed deveriam ter restrições em seus planos.

Não nos deixemos enganar. Quem luta hoje contra o Projeto da Câmara, exceção feita a uns poucos inocentes úteis e aos que não aceitam a participação do sistema privado, ainda que de maneira complementar, deseja tão-somente a manutenção da situação atual: a continuidade de seus privilégios inaceitáveis.

N. do E.: A presente análise foi feita antes da votação do PL pelo Senado Federal.



ACIDENTES DO TRABALHO

Seguro de Acidente do Trabalho: Aspectos Técnicos e Jurídicos

MARGARIDA CAVALCANTI PESSOA

Introdução

No combate às causas aleatórias do risco, sua natureza indeterminada e esparsa, segmentos econômicos da sociedade expostos a fatores determinantes de eventos, por sua natureza idênticos, conjugaram suas forças, potencializando a proteção por todos procurada.

Nasceu *dest'art* o seguro, pelos seus alicerces uma operação coletiva.

Quando se manifesta isoladamente, não constitui o risco fator de onde possam ser extraídos dados estatísticos, base técnica do seguro. Transforma-se, contudo, em material factível de estudo, quando acontece em número suficiente e em circunstâncias de todo similares, possibilitando serem fornecidos elementos capazes de, tecnicamente, embasarem a operacionalização do seguro. Não é o que vem acontecendo, desde seus primórdios, com o seguro de acidentes do trabalho. Pior, ainda, sob a égide governamental.

O monopólio estatal de seguro de acidentes do trabalho tem provado, sobejamente, sua ineficiência, incúria e desinteresse, seja pelo atendimento aos sinistrados, corrupção desenfreada, sonegação, burla e fraudes amplamente divulgadas.

Causas operacionais e gerenciais são inúmeras e variadas. Temos, na composição de nossa previdência social, um quadro eclético, onde se permeiam assistência médica, auxílio doença, auxílio invalidez, aposentadorias, pensões, indenizações por acidentes do trabalho, e tudo o mais pertencente à proteção dos indivíduos. E também, como remate final – incompetência, desinteresse, vasta corrupção interna e externa, tendo, como corolário, interesses políticos.

Buscando normalizar um pouco o acima descrito, procuraremos ordenar os acontecimentos havidos com o seguro de acidentes do trabalho através de, inicialmente, rápido resumo histórico.

Histórico

O seguro de acidentes do trabalho foi, na verdade, instituído contra o risco profissional. Fundamentado em sub-rogações de direitos e obrigações de responsáveis perante as companhias de seguro e, pelo seu caráter singular, ao movimentar elementos contidos em outros ramos de seguro, as operações de seguro de acidentes do trabalho, regidas pela Lei 5.724, foram consideradas capítulo à parte quando de sua regulamentação pelo Dec. 13.498 de 1919. Ainda em 1929, foi também aprovada a primeira tarifa de acidentes do trabalho. Alterada a regulamentação 15 anos depois, pelo decreto 24.637 de Vargas, em 1934, conceituava amplamente o que seria risco em acidentes do trabalho e mantinha, também, a teoria do risco profissional. Equiparava, ainda, a acidentes do trabalho, a doença profissional resultante de condições anormais de trabalho.

Como segurança de indenização, surge a obrigatoriedade, por parte do empregador, de fazer depósito de Garantia nas Caixas Econômicas Federais e no Banco do Brasil, na hipótese de não terem feito ou não terem mantido o seguro contra acidentes do trabalho. Por sua vez, as operações do seguro de acidentes do trabalho ficaram sob a fiscalização do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio. Já em 1935, mais uma vez, foram alteradas as normas operacionais do seguro de acidentes do trabalho, sendo institucionalizadas as condições para organização e funcionamento da “Sociedade de Seguro contra Acidentes do Trabalho”.

Durante o Governo Vargas, foram criados vários Institutos de Aposentadorias e Pensões, representativos de várias classes trabalhadoras. Em 1966, pelo Decreto-Lei 72, e já no Governo de exceção foram unificados aqueles Institutos sob a tutela do recém-criado INPS, tendo, dentre suas atribuições, o seguro de acidentes do trabalho. Permaneceram, todavia, as companhias de seguro num regime de livre mercado, concorrendo com a instituição previdenciária.

Em 1967, entretanto, apesar de estarem sendo desenvolvidas, satisfatoriamente, pelas companhias de seguro, as operações do seguro de acidentes do trabalho, com toda uma estrutura montada para funcionar adequadamente, seja na parte administrativa seja no atendimento ao sinistrado, o Congresso Nacional, privado de sua autoridade e dominado pelo Executivo, aprovou, por ampla maioria, o monopólio do seguro de acidentes do trabalho pela previdência estatal.

A Lei 5.136/67, que encampou as operações do seguro de acidentes do trabalho pelo Governo Federal, através da previdência estatal, assegurou aos empregados das companhias de seguro, que operavam no ramo, seu aproveitamento pelo Governo, no INPS.

Facultou também a inclusão dos corretores que tinham trabalhado nas operações do seguro o ingresso no referido Instituto. Ou seja, “fez-se figura com chapéu alheio...”. Foram também repassadas ao Instituto, mediante avaliação acelerada, onde não houve sequer a preocupação de minimizar prejuízos do setor privado e, muito menos, do setor público, salas, ambulatorios e instrumental de trabalho de propriedade das seguradoras. Também não foram consideradas vantagem ou prejuízo dos dispensados/absorvidos, inclusive verificação dos “para-quedaistas” sempre presentes nesses casos. E muito menos, os prejuízos humanos, morais e financeiros decorrentes de vendas (!) de salas, ambulatorios, etc., no desmontar de todo um esquema de atendimento médico e fisioterápico, satisfatoriamente desempenhado pelos responsáveis pelos serviços.

A intenção, na oportunidade, pode-se até dizer que era boa, embora também se possa dizer que “de boas intenções está calçado o inferno”. Os resultados, entretanto, tanto para a previdência oficial como para a operacionalização do seguro de acidentes do trabalho, foram péssimos, para não dizer catastróficos, seja financeira ou operacionalmente. São resultados sobejamente conhecidos por todos: dos que precisam dos serviços médicos dos profissionais da previdência estatal e de todos aqueles que lêem jornais, revistas ou vêem televisão: fraudes, burlas, corrupção e impunidades. Por sua vez, as previsões técnicas e políticas elocubradas pelos tecnocratas governamentais mostraram-se falhas no decorrer dos tempos: a receita prevista nunca se concretizou; o atendimento ao segurado sinistrado continua burocratizado e deteriorizado; as fraudes são estampadas nos jornais e divulgadas sob clamor público pela imprensa, a corrupção aumentou de nível, tanto financeiro quanto do pessoal envolvido. Também ficaram patentes as péssimas condições de atendimento médico-hospitalar e ambulatorial, fatores de deterioração das relações empregado-empregador, tendo em vista que os problemas antes ocasionais de retorno ao trabalho tornaram-se corriqueiros e freqüentes. E pior, a argumentação, na época, de tratar-se de “seguro social” foi financeiramente contestada pela obrigatoriedade da contribuição exclusivamente suportada pelo empregador.

Déficit – diversidade de aspectos na Previdência Social

Razões diversas têm sido invocadas para explicar o enorme “déficit” da Previdência Social, algumas técnicas, outras econômicas, financeiras, etc., acrescidas pela fraude, corrupção e incompetência. Vejamos algumas:

I – Na estruturação da Previdência Estatal foi e tem sido abandonado um planejamento técnico-atuarial que indique, com certeza, fatores de subsistência da instituição.

Embora as contribuições sejam obrigatórias, para empregado e empregador, não se mostraram suficientes para equilibrar a gangorra da relação receita/despesa, no que concerne às aposentadorias, pensões, etc. Quando entra no sistema o custo/benefício do seguro de acidentes do trabalho, com todas as suas características operacionais fortemente influencia-

das pelo risco de responsabilidade civil, gerador de indenizações vultosas, o resultado é um ralo assustador por onde se escoam e escoaram milhões de cruzeiros (agora chamados de reais). Cumpre acrescentar que não foi feita, nas razões acima, relação com fraudes e corrupção, no que concerne às indenizações. O enfoque é puramente técnico e, mesmo assim, deficitário. A corrupção e a fraude apenas acrescentam mais desacerto ao sistema, demonstrando sua ineficiência.

II – Estranhamente, na oportunidade de ser absorvido pelo Estado, um dos argumentos usados foi o de que a atividade era lucrativa (!!) e passaria a funcionar melhor (!!!). Donde se conclui que o Estado queria concorrer com a iniciativa privada! Como consequência, temos déficit, péssimo atendimento, incompetente fiscalização e deterioração acelerada dos serviços.

III – A invasão do Estado, introduzindo-se autoritariamente numa atividade econômica que vinha funcionando a contento, trouxe prejuízo acentuado ao interesse público, considerando-se os péssimos resultados.

IV – Na operacionalização de qualquer ramo de seguro é obrigatória a constituição de reservas técnicas, objetivando a proteção do seguro, da empresa e, conseqüentemente, do segurado. Cabe, então, a pergunta: por onde andam as reservas técnicas da Previdência Social em geral e do seguro de acidentes do trabalho, em particular, ao observarmos o crônico e incomensurável “déficit” do INSS?

V – Sinistrados quitando imóveis financiados pelo Sistema Financeiro de Habitação, através do seguro de acidentes do trabalho (legalmente ou não).

VI – Impenhorabilidade do Instituto – empresa pública – diversamente do que acontece com as empresas privadas – cujo “déficit” e má gestão redundam em sua extinção. No INSS, aumentam-se as contribuições ou aparecem dotações orçamentárias, onerando o bolso do contribuinte em geral, com o aumento de impostos.

VII – Tarifação mal estudada. Na mistura de alhos com bugalhos equipararam-se, praticamente, profissões de maior periculosidade – carpinteiros, siderúrgicos, etc. – com bancários, escriturários, comerciários.

Aspectos jurídicos

No que concerne às razões jurídicas da política governamental relativas ao seguro de acidentes do trabalho, transcreveremos, *data venia*, alguns trechos de brilhante artigo do professor Vicente Rao publicado pela *Revista de Seguros* em 1967, na oportunidade da encampação pelo governo daquele ramo de seguro:

“Que o exercício de atividade econômica pelo Estado tem caráter estritamente excepcional, só podendo ocorrer para suplementar a iniciativa privada, que é um dos princípios básicos da ordem econômica”.

“Que as regras, modos e processos estatais de trabalho são inaplicáveis ao exercício da atividade econômica, mesmo excepcional, pelo Estado, cumprindo-lhe, antes, observar as normas que disciplinam as empresas privadas”.

“Ao prescrever que o empregador responde pelos Acidentes do Trabalho, a Constituição (e as leis comuns respectivas) rompeu o velho princípio da responsabilidade por dolo ou culpa (C. Civil Art. 159) e consagrou o princípio da responsabilidade pelo risco. Dispensou o empregado do ônus ou encargo de provar o dolo ou culpa do patrão e admitiu que, mesmo sem dolo e sem culpa, responde este pelas conseqüências dos acidentes. E para assegurar os direitos do empregado, obrigou o empregador a segurar, à sua custa, a sua eventual responsabilidade”.

“Fundamento dessa responsabilidade, portanto, não é qualquer razão de ordem assistencial, ou de exercício da função social do Estado, e, sim, unicamente, a razão e se cobrir o risco em que o empregador incide em caso de acidente; cobertura obrigatória, esta, para maior certeza da efetivação da mesma responsabilidade”.

“É certo que o Direito Social trata dos Acidentes do Trabalho, como também trata da Previdência; mas, dentro dos lindes desse ramo hoje distinto do Direito, as duas noções não se identificam. Por afetar as relações de trabalho, o seguro contra acidentes pode receber, genericamente, a designação de seguro social, mas nem por isso passa a ser considerado como seguro de Previdência Social, não só perante a doutrina, mas, ainda, perante nosso Direito Público Constitucional. E isso porque, repetimos, seu fundamento, caracteristicamente diverso do que justifica a Previdência Social, consiste na responsabilidade, exclusivamente patronal, pelo risco”.

“Resumindo:

“O seguro contra acidentes no sistema constitucional não se integra na Previdência Social.

“Não se integra por não figurar entre o objeto ou fins constitucionais da Previdência (Artigo 157 n^o XVI).

Não se inclui porque Previdência Social e Seguro Contra Acidentes são medidas distintas por sua natureza, por sua qualificação constitucional e doutrinária.

“Quando o Estado quisesse prevalecer-se da sua faculdade de monopolizar certa atividade, deveria provar a necessidade indeclinável dessa medida, ou segundo a Constituição, a sua indispensabilidade para suplementar a iniciativa privada, em caráter de irretorquível excepcionalidade”.

Apesar de toda a incoerência do sistema ter sido acima demonstrada, o seguro de acidentes do trabalho foi encampado pelo Estado. E, a partir daí, funciona mal, com resultados insatisfatórios para o segurado, para o empregador e para o governo. Vemos, a todo momento, espoucarem pelos jornais notícias de fraudes ultravultosas, não punidas pela fuga dos culpados, pelas dificuldades jurídicas e/ou policiais, pela não-punição e/ou não-apuração dos fatos, pela morosidade da Justiça, pelo apadrinhamento dos culpados, etc, etc. Como exemplo, podemos apontar algumas reportagens:

- **O Globo 12/9/93**

“Previdência começa na terça-feira investigação nas Varas do Rio”. “O Presidente do TJ, Antônio Carlos Amorim, determinou que diariamente das 8 às 12h os Cartórios das Varas escolhidas estejam à disposição dos servidores do INSS designados para a tarefa. A ‘tarefa’ seria identificar todas as ações acidentais a que responde o INSS nas quatro Varas de Acidentes do Trabalho do Rio (capital) e na Comarca de Nova Iguaçu”.

- **O Globo 15/9/93**

“Investigação gera crise entre INSS e Justiça”

“Para encerrar a crise aberta entre o TJ e o INSS, pelo projeto da autarquia de iniciar ontem o levantamento de todas as ações em que é réu nas Varas de AT do Rio e Nova Iguaçu, o Corregedor Geral da Justiça, Desembargador José Domingos Moledo Sartori, determinou a realização de uma correção...”

“... os juízes responsáveis pelas VATs protestaram contra a intenção do INSS de começar ontem o cadastramento de 280 mil processos acidentários ...” A permissão dada inicialmente pelo Presidente do TJ, Antônio Carlos de Amorim, foi revogada” (!!!!).

- **O Globo 12/9/93**

“O buraco virou abismo. Chega a US\$ 800 milhões o rombo aberto no INSS pelos fraudadores descobertos no Rio de Janeiro a partir de 1991”. A informação é do Superintendente regional do Órgão, Dielai Carvalho Pereira, e contabiliza apenas a parte da fraude já analisada pelos técnicos do INSS”.

- **O Globo 1993**

“Investigação descobre fraudes contra INSS em Volta Redonda”.

- **O Globo 15/9/93**

“Auditoria realizada em 1985 revelou fraudes”.

“O relatório da Comissão de Correção, presidida pelo Des. Paulo Dourado de Gasneau, pedia a extinção das Quatro Varas de AT e a distribuição dos processos acidentais pelas Varas Cíveis”.

“Integrantes das Comissões calcularam em cerca de 20 mil pessoas indevidamente indenizadas num período de nove anos”.

“Em 1991, o Juiz Fernando Licínio Pereira e Souza denunciou que houve milhares de processos fraudulentos nas 3 VATs!... mas bombardeado por representações de diversos advogados acabou sendo destituído...”

• **O Globo 1993**

“O Grupo Executivo Interministerial da Saúde do Trabalhador, constituído pelos Ministros da Previdência, Trabalho e Saúde, Antônio Britto, Walter Barelli e Henrique Santillo estimou, em 1993, que, ‘em acidentes do trabalho morre um trabalhador brasileiro a cada duas horas’”.

A divulgação das fraudes e sua não-punição continuam até hoje. A lista é interminável e para o quadro apontado só polícia, justiça, e muita fé. Algumas providências parcimoniosas e demoradas vêm sendo tomadas. Novo governo, novos ministros, novas (?) idéias, neo-social, neo-liberal, social-democrata, são temas em voga em discussão.

Concretamente, entretanto, vamos ao que se poderá fazer para alterar esse quadro.

Retorno parcial ou total ao sistema privado

Na hipótese de serem reformuladas as atuais diretrizes da previdência social, seria cabível retornar o seguro de acidentes do trabalho ao setor privado, total ou parcialmente.

Deverão, todavia, ser consideradas algumas variáveis que vão interferir na implantação do sistema. Começemos pela conceituação de acidentes do trabalho e/ou doença profissional e responsabilidade da empresa.

“Doença Profissional ou do Trabalho será caracterizada quando diagnosticada a intoxicação ou afecção e verifica-se que o empregado exerce atividade que o expõe ao respectivo agente patogênico (Dec. 357 de 7.12.91)”.

“Responsabilidade da Empresa (...) A empresa é responsável pela adoção e uso das medidas coletivas e individuais de proteção e segurança do trabalhador (Lei 8.213 de 24.7.91)”.

“É dever da Empresa prestar informações pormenorizadas sobre os riscos da operação a executar e do produto a manipular (idem)”.

“A Empresa é também obrigada a fornecer aos empregados, gratuitamente, equipamento de proteção individual adequado do risco e em perfeito estado de conservação e funcionamento (idem)”.

Como alerta, cumpre lembrar que mesmo tendo o empregado culpa pela ocorrência do acidente, a empresa não fica eximida da indenização – é o caso da chamada “culpa concorrente” – e que mesmo quando são fornecidos os equipamentos de segurança e proteção individual e o empregado não os usa e se acidenta, a empresa é considerada culpada pela ausência de vigilância ou fiscalização. Partindo dessas premissas, conclui-se pela alta probabilidade de sinistros e pagamento de indenizações pelo seguro, seja social ou privado.

O acidente passou a ser considerado componente do próprio exercício da profissão, transformando em objetiva a responsabilidade subjetiva do empregador – doutrina de Risco Profissional. Daí para a generalização foi um passo.

Como se tem constatado, até hoje, fiscalização não existe, seja por parte do empregador seja pelo seguro social. A maioria dos empregados e das empresas não cumpre as normas de segurança – nem são fiscalizados para que as cumpram.

Quando ocorre o acidente, o INSS absorve o acidentado, a empresa admite outro empregado após o prazo legal, e tudo fica em paz, sem que haja preocupação com o aspecto social da questão. E, note-se, não estão sendo focalizadas as indenizações fraudulentas e a corrupção ativa.

Na doutrina do risco profissional constata-se, também, a extrema complacência da Justiça do Trabalho em generalizar e acolher pretensões dos acidentados e, em particular, dos incapazes patologicamente, dando-lhes ganho de causa nas lides judiciais como portadores de doença profissional.

E inegável, todavia, que as várias intoxicações (saturnismo, fosforismo, etc.) causadas pelas condições de trabalho são consideradas, como deveriam ser, risco profissional. Daí, entretanto, partir-se para a generalização torna o seguro, seja social ou privado, extremamente vulnerável.

Os fatos acima apontados nos levam ao reestudo atento do seguro de acidentes do trabalho, estribado em pesquisa mais detalhada e abrangente, envolvendo os diversos segmentos profissionais do País.

Somente como lembrete, vamos focalizar a necessidade de reestruturação total da tarifa, atualmente adotada pela Previdência Social – foram equiparadas profissões de maior periculosidade com profissões de menor risco. Como exemplo, na indústria automobilística, constata-se uma enorme variedade de riscos, cujo seguro é pago pelo empregador de forma padronizada e irreal.

Resumindo o que já tem sido feito, falado e escrito – o retorno do seguro de acidentes do trabalho ao setor privado, seja de forma total ou parcial, será útil ao País, desde que os responsáveis pela legislação de normas de segurança, aplicação das mesmas, sua fiscalização e controle, pertencentes ao Estado ou às empresas privadas cumpram as suas obrigações, exaustivamente discriminadas naquelas leis e normas.

E que as empresas de seguro se estruturarem para absorver a diversidade dos fatores apontados no presente trabalho, melhorando as ligações atualmente falhas do sistema, são nossos votos.

Pontos Para Reflexão

ALDA FASSBENDER

A discussão sobre a regulamentação do seguro de acidente do trabalho (SAT) compulsório do Brasil tem sido intensa ao longo dos últimos anos. O Artigo 7, inciso XXVIII, da Constituição atual diz que o SAT é um direito do trabalhador urbano e rural e é responsabilidade do empregador. O Artigo 201 coloca este seguro sob a responsabilidade da Previdência Social: (“Os planos de previdência social, mediante contribuição, atenderão, nos termos da lei, a: I – cobertura dos eventos de doença, invalidez, morte, **incluídos os resultantes de acidente do trabalho**, velhice e reclusão”) (grifos nossos).

Em março de 1998, o Congresso aprovou a retirada da expressão “incluídos os resultantes de acidente do trabalho” do Artigo 201. Para que os acidentes de trabalho deixem efetivamente de fazer parte da Seguridade Social, será necessário agora nova apreciação no Senado sobre este ponto. Além disso, o formato do novo sistema de SAT terá que ser definido em legislação específica. Existe proposta do Ministério da Previdência Social para que o Governo continue atuando como regulador e fiscalizador do sistema, passando a execução para entidades privadas sem fins lucrativos, as mútuas, especialistas em acidente do trabalho, em um modelo semelhante ao espanhol.

Este trabalho pretende discutir alguns pontos considerados importantes na estruturação de um sistema de SAT, independentemente da característica do executor, baseado em pesquisa a modelos de outros países e à própria experiência brasileira. O objetivo é estimular a reflexão dos que hoje analisam a possibilidade de participação em sistema futuro.

O sistema atual

Os seguintes itens sobre o sistema em vigor devem ser observados com atenção em um momento de reformulação, pois poderão ter reflexo na perspectiva de sucesso de um futuro modelo.

- **A responsabilidade do empregador**

No sistema atual, conforme já mencionado, o seguro é compulsório, a cargo do empregador, não excluindo a responsabilidade deste por indenização em caso de dolo ou culpa. A questão sobre a responsabilidade do empregador não está inserida na Reforma da Previdência atual, por tratar-se de matéria do corpo constitucional, acima, portanto, das discussões sobre a Previdência Social. No entanto, deveria merecer atenção dos reguladores pelo relacionamento estrito entre esta questão e o funcionamento eficiente do SAT.

O SAT teve sua origem na Alemanha, no final do século passado, sendo a sua regulamentação seguida por vários outros países. A idéia da criação de um seguro pago pelo empregador era de garantir ao trabalhador indenização por infortúnios relacionados ao trabalho, sem a necessidade de processos judiciais para que fossem reclamadas reparações. Desta forma, garantir-se-ia a cobertura do trabalhador e evitar-se-ia processos custosos, que, em grande parte das vezes, não resultariam em indenizações ou que demandariam um longo tempo para sua resolução.

Em outras palavras, eliminar-se-ia a discussão sobre a culpa do acidente, estando o empregador sempre responsável pela aquisição do seguro (responsabilidade objetiva) e o trabalhador sempre no direito de receber a reparação relacionada a este seguro. Dentro deste princípio, nenhuma outra indenização seria devida ao trabalhador.

A Constituição atual, no mencionado Artigo 7, diz que o SAT não exclui a responsabilidade do empregador em caso de dolo ou culpa. A redação dos artigos relacionados a este tema tem sofrido várias modificações ao longo dos anos nas diversas Constituições Brasileiras. A questão fica para os especialistas em legislação. Que tipo de interpretação judicial poderia receber a culpa simples? Seria adequada a transformação da culpa simples em culpa grave? Deveria ser deduzida de qualquer indenização complementar a parcela já paga referente ao SAT?

- **A operação do SAT**

Atualmente o recolhimento de prêmios e pagamento de benefícios estão a cargo do Ministério da Previdência, a assistência médica a cargo do SUS e a supervisão das condições de segurança nas empresas a cargo do Ministério do Trabalho. Não há como identificar o montante gasto pelo SUS com assistência médica. O resultado das medidas preventivas de acidentes também não está quantificado e não tem reflexo na tarifa do seguro. Em resumo, o sistema atual está fragmentado em vários órgãos e não há dados para avaliação de seu desempenho real. Além disso, não há nenhuma ação integrada no tratamento dos casos de acidente do trabalho, ou seja, não existe coordenação de benefícios e nem programas de incentivo e apoio ao retorno ao trabalho. O SAT tem funcionado de forma reparatória, não estando coordenado com questões como prevenção de acidentes e produtividade no trabalho.

- **Os benefícios**

Os benefícios em caso de acidentes do trabalho estão atualmente unificados na legislação com os relativos a qualquer outro tipo de evento. são eles:

- 91% do salário de benefício em caso de afastamento temporário;
- 50% do salário de benefício em caso de invalidez permanente parcial;
- 100% do salário de benefício em casos de invalidez permanente total e de pensão por morte.

Os percentuais de benefícios no Brasil são generosos se comparados com a maioria dos outros países (91% / 100%), o que torna o sistema caro e não produz incentivos para retorno ao trabalho. A experiência internacional mostra que o formato de benefícios deve ser parte essencial na estruturação do SAT.

- **A tarifa**

O sistema atual possui três taxas a serem aplicadas sobre os recebimentos dos funcionários, dependendo do grau de risco a que a empresa estiver submetida de acordo com a sua atividade. são eles:

- 1% para risco leve;
- 2% para risco médio;
- 3% para risco grave.

Esta é a única diferenciação que existe entre o que é cobrado das diversas empresas. Para se dar uma idéia, no novo modelo de sistema vigente na Argentina desde 1996, existem aproximadamente 600 classes diferentes de tarifas. No Brasil, não há recompensa por melhor desempenho em relação à segurança e nem penalização para empresas negligentes. Não há nenhuma avaliação da experiência para reflexo na tarifa. Não se conhece a base atuarial desta tarifa.

- **Principais constatações**

Após a participação em diversos eventos relativos à discussão atual sobre o SAT e após terem sido ouvidos diversos setores da sociedade, algumas constatações merecem ser explicitadas:

- Há consenso de que o seguro atual no Brasil é administrativamente ineficiente, provê assistência médica e benefícios inadequados, tem sistema de tarifação inconsistente, e não fornece incentivo para prevenção de acidentes e segurança dos trabalhadores;
- Existe, em alguns setores, preocupação quanto à perda do controle pelo Governo. Em contrapartida, há setores que não acreditam na possibilidade de recuperação do sistema atual;

- O custo total dos acidentes do trabalho no Brasil é desconhecido, uma vez que todos os seus componentes ainda não foram levantados. São eles:
 - seguro pago pelos empregadores;
 - *déficit* estatal com o SAT, isto é, receita menos despesas médicas, indenizações e administração;
 - perda de produtividade e custo social;
 - salários pagos por empregadores nos primeiros 15 dias de afastamento;
 - benefícios complementares pagos por empregadores; e
 - benefícios complementares adquiridos por empregados.
- A participação do setor privado e o aumento de tarifas isoladamente não melhorarão o sistema do SAT no Brasil;
- Um novo sistema para o SAT pode ser desenvolvido evitando-se algumas deficiências já observadas no Brasil no passado e em sistemas de outros países.

Novo sistema

Algumas características que parecem essenciais para o funcionamento futuro do SAT estão listadas a seguir:

- A abordagem integral do sistema, possibilitando uma coordenação eficiente de benefícios financeiros, assistência médica e reabilitação;
- Benefícios justos, mas que forneçam incentivo ao retorno ao trabalho;
- A adoção da tarifação por experiência, com motivação para investimento em programas de prevenção de acidentes;
- A implantação de sistema de informação eficaz, que sirva de base para determinação da tarifa, para identificação e prevenção de causas de acidentes, para prevenção de fraudes, para base da coordenação dos benefícios e para avaliação do desempenho do sistema;
- Existência de assistência médica e reabilitação especializadas;
- A redução, ao mínimo possível, do envolvimento do sistema judiciário nos casos de acidentes do trabalho, com a criação de processo oficial de resolução de conflitos, anterior ao Judiciário, para tentar solucionar as questões de forma mais rápida e simples;
- A manutenção de comunicação ampla entre empregador e empregado.

Alguns outros pontos merecem ser citados como sugestões para reflexão:

- O formato de definição das doenças ocupacionais, devendo ser considerados a dificuldade de identificação da relação entre a doença e o trabalho, a possibilidade de ser um risco

- de longo prazo, o fato de vários empregadores poderem estar envolvidos em um mesmo caso, entre outros – dois modelos podem ser encontrados, a pré-definição dos casos cobertos ou a avaliação caso a caso;
- A cobertura ou não dos acidentes de trajeto, considerando-se a dificuldade de implantação de medidas preventivas e de controle e influência do empregador sobre o deslocamento do empregado;
 - A permissão para auto-seguro, destacando que empresas auto-seguradas apresentam, de uma forma geral, taxas de acidentes mais baixas;
 - A avaliação de um sistema de cobertura integral do trabalhador (“24 horas”), considerando os prós (combinação de benefícios em um sistema único, eliminação das áreas de conflito, onde é difícil o estabelecimento da relação entre a doença ou acidente e o trabalho, redução de fraudes, melhor previsão de custos e tarifa, etc.) e contras (risco de se perder o controle sobre os casos relacionados ao trabalho, dificultando programas de prevenção, etc.) desta opção.

Competição global

As vantagens esperadas de um novo sistema são relacionadas principalmente ao aumento da segurança no trabalho e à redução do *déficit* do Estado. Entretanto, outro fator muito importante a ser considerado neste momento é o aumento da competitividade global. O Brasil deve estar preparado para tratar questões de trabalho em padrão compatível com o de países desenvolvidos. O SAT não deve ser apenas mais um seguro, mas um fator dentro de um programa de desenvolvimento das questões relacionadas à produção no Brasil. O objetivo deve ser um gerenciamento de risco eficaz com obtenção de custos de produção mais baixos, melhoria da relação empregado-empregador e melhores condições de trabalho.

Algumas possíveis oportunidades e riscos relativos à uma eventual participação dos seguradores privados no SAT estão listados a seguir. A maior ou menor importância de cada um destes fatores será dependente do modelo que vier a ser implantado.

• Oportunidades

- Criação de uma nova linha de negócios;
- Resseguro para seguradores ou mútuas;
- Ampliação e melhoria do relacionamento com clientes, por ser um seguro feito por empregadores, que afetará todos os empregados, e que exigirá um contato freqüente com o segurador;
- Diferenciação, através do conhecimento do negócio, com desenvolvimento de especialização – visão integral do risco com estrutura de benefícios mais eficiente;

- Fornecimento de serviços de prevenção, gerenciamento de sinistros e de informação para auto-segurados.
- **Riscos**
 - Regras inadequadas para tarifação, dependendo da legislação que vier a ser aprovada;
 - Inexistência de informação oficial, se nada for feito para mudar a atual situação de deficiência desde o registro dos casos;
 - Obrigatoriedade de aceitar maus riscos, se for definido que nenhum risco poderá ser negado;
 - Litigiosidade, sendo este talvez um dos problemas mais graves do SAT;
 - Definição inadequada ou imprecisa de coberturas (ex.: doenças ocupacionais, acidente de trajeto);
 - Administração de benefícios, por ser um risco de longo prazo e de características específicas envolvendo desde a prevenção do acidente até um acompanhamento intensivo para possibilitar o retorno ao trabalho;
 - Tratamento do passivo, uma vez que não são conhecidas quais serão as regras de transição do seguro governamental para o privado, não estando definido como serão tratados os casos ocorridos anteriormente à mudança.

Um negócio complexo

O SAT não é um seguro de vida associado a um seguro saúde. Trata-se de um negócio complexo que envolve conhecimento específico.

No caso do Brasil, um dos problemas prioritários está relacionado à carência de informação. Enquanto não se resolver esta questão, não haverá possibilidade de nenhum tipo de sistema funcionar. A decisão quanto à implantação de um sistema de registro e tratamento de informações que funcione adequadamente deveria ser tomada hoje, independentemente do modelo de SAT que vier a ser definido.

Temos no Brasil um claro sub-registro, principalmente em relação aos casos temporários que são tratados dentro dos 15 dias de responsabilidade do empregador. Além disso, mesmos os casos registrados são carentes de detalhes e as informações disponíveis acabam por receber do Governo um tratamento muito simplificado.

Quando for mapeada a realidade brasileira, será possível o desenvolvimento de programas efetivos de prevenção de acidentes e de seguros com tarifas adequadas. Não se mudando a atual situação, muito pouco poderá ser feito.

Em relação ao modelo futuro, a discussão deveria se dar em ambientes sem vieses e interesses específicos. Muito já existe de experiências que poderiam ser aproveitadas. No entanto, é necessário um cuidado rigoroso para não se tentar transplantar simplesmente sistemas que funcionam em outras realidades. As condições sociais, econômicas, políticas e, principalmente, de trabalho do Brasil devem sempre ser consideradas quando se pensar em modelos de “sucesso”.

Edição número 94, março-abril 1999



PREVIDÊNCIA PRIVADA

Previdência Privada e Seguros

JOÃO JOSÉ DE SOUZA MENDES

As entidades de previdência privada e as companhias de seguros de vida operam modalidades distintas de seguros. As primeiras estabelecem planos coletivos, visando a “concessão de pecúlios ou de rendas, de benefícios complementares ou assemelhados aos da previdência social, mediante contribuição de seus participantes, dos respectivos empregadores ou de ambos.” (Lei nº 6.435, de 15.07.1977). As segundas, com planos individuais, oferecem coberturas que “com base na duração da vida humana, tenham por fim garantir aos segurados ou terceiros o pagamento, dentro de determinado prazo e condições de garantia, certa renda ou outro benefício”, podendo ainda assumir, “acessoriamente ao risco principal, responsabilidades de dupla indenização, renda ou dispensa de pagamento de prêmio, em caso de invalidez e outros conexos” (Decreto-Lei nº 2.063, de 07.03.1940).

O contrato de seguro, para ter existência e validades, requer a emissão de uma apólice ou de um bilhete de seguro. Nas operações de previdência privada esses documentos são substituídos pelo certificado de participante do plano coletivo.

As “Condições Gerais” das apólices de seguros estabelecem as cláusulas do contrato bilateral celebrado entre segurado e seguradora. Na Previdência Privada são os “Regulamentos dos Planos de Benefícios” que fixam os direitos e obrigações dos participantes e das entidades de previdência.

Nos seguros individuais procura-se a equivalência entre os valores prováveis dos compromissos da seguradora e do segurado. Esses compromissos consistem geralmente o da seguradora em indenizar as conseqüências danosas da ocorrência de um ou mais eventos, e o do segurado em pagar um prêmio, ocorram ou não esses eventos, dentro dos prazos estabelecidos na apólice.

Nos seguros coletivos procura-se estabelecer a equivalência entre os valores prováveis dos compromissos da entidade seguradora e dos compromissos de um conjunto de

peçoas. São seguros coletivos: os seguros sociais, os seguros em grupo e, particularmente, as operações de previdência privada.

Os compromissos de uma entidade de previdência privada consistem no pagamento de certos benefícios caso ocorram certos eventos dentro de determinado prazo. Os compromissos do conjunto de pessoas, denominadas participantes dos planos de benefícios, consistem em contribuir mensalmente com importâncias em dinheiro a fim de prover o custeio dos benefícios previstos nos planos.

Para calcularmos o valor dessas contribuições partimos da igualdade que impõe a equivalência entre os valores prováveis dos compromissos recíprocos.

A igualdade que estabelece a equivalência entre esses dois compromissos é denominada a equação de equilíbrio atuarial do plano.

Uma vez estabelecido o montante provável dos custos dos benefícios, as contribuições são calculadas de forma a cobrir esse montante, equilibrando financeiramente a operação.

Esse cálculo é feito de acordo com o regime financeiro de custeio. São previstos nas normas que atualmente disciplinam a previdência privada três tipos de regimes financeiros:

- a) Regime de repartição simples;
- b) Regime de repartição de capitais de cobertura;
- c) Regime de capitalização.

O regime de repartição simples só pode ser adotado para custear os benefícios de pecúlio, assim entendidos os que forem pagos, em dinheiro, de uma só vez, aos beneficiários dos participantes falecidos.

Por esse regime as contribuições são calculadas para cobrir os pecúlios que deverão ser pagos em um exercício. Como o risco de morte dos participantes cresce com as idades que forem atingindo, a tendência das contribuições é crescer a cada ano até alcançar um valor constante quando a população de participantes se toma estável com relação ao seu perfil etário.

O regime de repartição de capitais de cobertura prevê contribuições capazes de cobrir o valor atual dos benefícios de rendas de viúvas, de filhos e/ou de dependentes, concedidos no exercício aos beneficiários de participantes falecidos.

Como esse valores atuais são, via de regra, crescentes, as contribuições também crescem de ano para ano, tornando-se constantes com a população de participantes estacionária e, portanto, com perfil etário percentualmente constante.

As contribuições no regime de repartição de capitais de cobertura são, inicialmente, maiores do que as contribuições calculadas no regime de repartição simples. A diferença é acumulada numa reserva denominada Reserva de Benefícios Concedidos (ou Reserva de Obrigações em Curso, no caso de entidade de previdência privada aberta).

Quando a população se torna estacionária, a contribuição constante do regime de repartição de capitais de cobertura é menor do que a contribuição constante do regime de repartição simples. A diferença é coberta pelos juros da reserva acima referida.

As rendas de aposentadoria (por tempo de contribuição, por tempo de serviço, por velhice, por invalidez, etc.) só podem ser custeadas por contribuições calculadas pelo regime financeiro de capitalização. Os pecúlios e as pensões também podem prever contribuições baseadas nesse regime financeiro.

O regime de capitalização estabelece, via de regra, contribuições constantes desde o início das operações.

Na fase inicial dessas operações, as contribuições constantes calculadas pelo regime de capitalização são maiores do que as contribuições variáveis dos regimes de repartição, sendo as diferenças acumuladas na Reserva de Benefícios a Conceder.

Quando a população de participantes se toma estacionária, a contribuição constante, desde o início, no regime financeiro de capitalização é menor do que a contribuição constante do regime de repartição de capitais de cobertura e do que a contribuição constante do regime de repartição simples. As diferenças são cobertas pelos juros da Reserva de Benefícios a Conceder.

Os planos de previdência privada são planos em que os riscos assumidos coletivamente pela entidade são plurianuais.

Nos seguros de vida a única forma coletiva é representada pelos seguros de vida em grupo. Nesses seguros a taxação de um conjunto de segurados é feita aplicando-se, para cada componente do grupo, a taxa da “Tarifa de Vida em Grupo” correspondente à sua idade, ao respectivo capital segurado, obtendo-se assim o prêmio de cada segurado. A soma desses prêmios é em seguida dividida pelo total dos capitais segurados no grupo. O resultado dessa divisão é a taxa média do grupo que será aplicada posteriormente ao capital segurado de cada componente. Obtém-se, assim, independentemente da idade, o prêmio que cada um deve pagar.

O seguro de vida em grupo é um seguro contratado por um ano. Tecnicamente, é um seguro temporário por um ano, com prêmios calculados no regime financeiro de repartição simples.

Desta forma, as taxas médias dos grupos segurados devem ser revistas anualmente. Se o grupo envelhece, a taxa média aumenta; se o grupo apresenta a mesma composição etária, ponderada proporcionalmente por capitais segurados homogêneos, a taxa permanece a mesma. Se o grupo é acrescido de um número significativo de pessoas jovens, a taxa pode diminuir dependendo da distribuição dos capitais segurados.

Num grupo fechado em que o movimento migratório é insignificante, a tendência da taxa média é aumentar. Num grupo onde o movimento migratório é razoavelmente intenso, a taxa tende a permanecer a mesma ou mesmo a declinar.

Nos seguros de vida individual, se fôssemos estabelecer, para cobrir a morte do segurado, planos de seguro prevendo a cobrança de prêmios na base do risco anual, isto é, na base de coberturas temporárias por um ano, teríamos de cobrar, a cada ano, um prêmio sempre maior.

Com efeito, sendo as taxas das tarifas calculadas com base nas taxas de mortalidade e sendo estas crescentes com a idade do indivíduo, resultaria para um mesmo capital segurado, com o correr dos anos, prêmios cada vez maiores.

Evidentemente tal plano seria inviável, pois haverá uma época na qual os prêmios se tomariam insuportáveis para o indivíduo, obrigando-o a abandonar o seguro, possivelmente, na ocasião em que mais dele precisasse.

Para afastar esse inconveniente, as companhias de seguros de vida operam planos de seguro a prêmios nivelados onde o segurado paga durante um certo período ou durante toda a sua vida o mesmo prêmio anual.

O prêmio nivelado é calculado por um sistema análogo ao adotado no regime financeiro de capitalização, mas considerada estritamente a base individual da operação.

Na fase inicial da cobertura, o prêmio nivelado é maior do que os prêmios de seguros temporários por um ano, a diferença é acumulada numa reserva denominada Reserva Matemática. Com o correr do tempo, quando o segurado alcançar determinada idade, o prêmio nivelado se torna inferior ao prêmio temporário anual. Nessa oportunidade, a Reserva Matemática, acrescida de juros desde o início de sua constituição, passa a cobrir a diferença, tornando-se cada vez menor até ser totalmente consumida.

Edição número 1, outubro 1981

Um Estudo Comparativo Simplificado de Alguns Planos de Previdência Privada Aberta no Brasil – Sob a Ótica do Consumidor

FRANCISCO GALIZA

Introdução

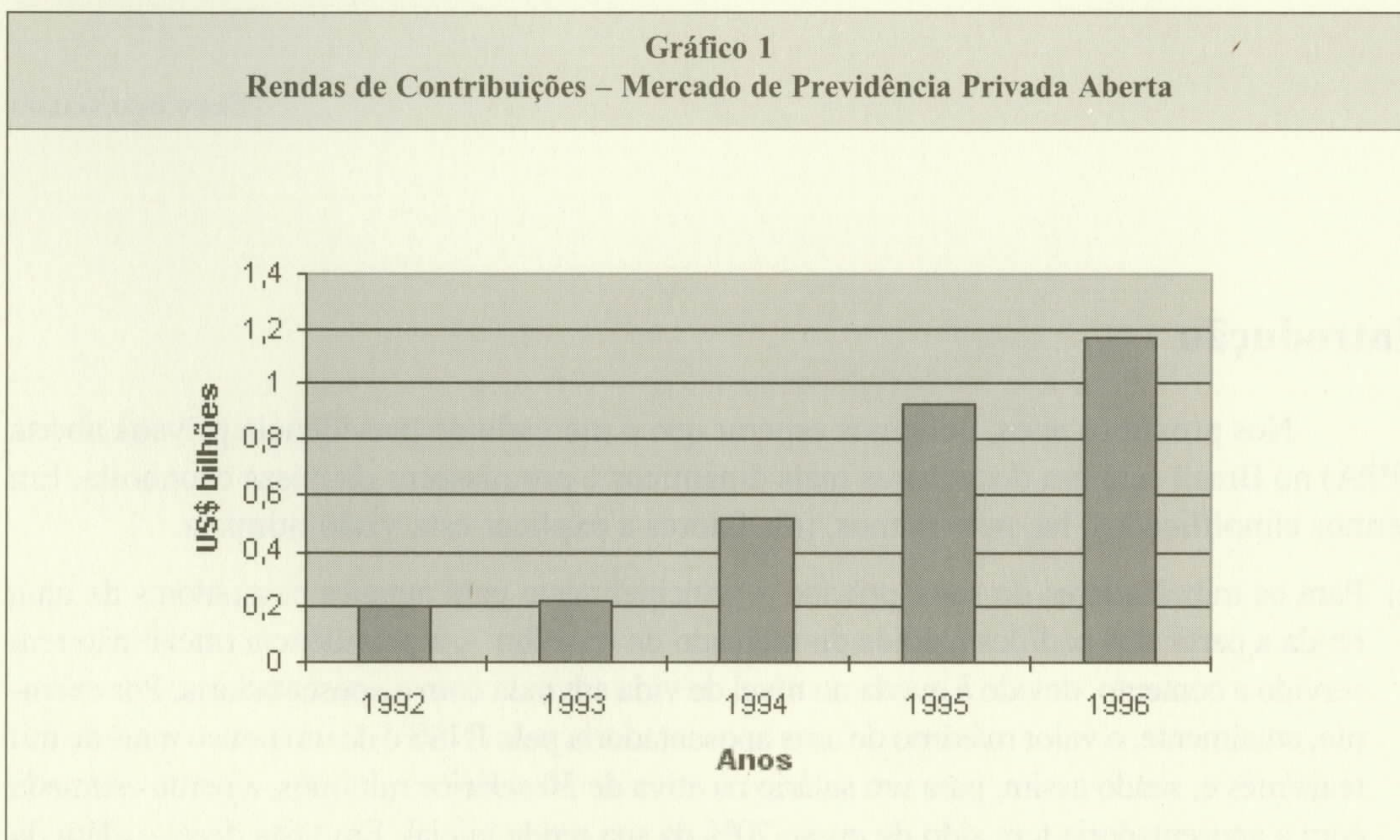
Nos próximos anos, podemos esperar que o mercado de previdência privada aberta (PPA) no Brasil será um dos setores mais dinâmicos e promissores da nossa economia. Em termos simplificados, há, pelo menos, três fatores a explicar esta visão otimista.

- a) Para os trabalhadores do setor privado – principalmente para aqueles possuidores de uma renda a partir dos padrões médios do mercado de trabalho –, a previdência oficial não tem servido a contento, devido à queda no nível de vida advinda com a aposentadoria. Por exemplo, atualmente, o valor máximo de uma aposentadoria pelo INSS é de um pouco mais de mil reais/mês e, sendo assim, para um salário na ativa de 30 salários mínimos, a perda estimada com a aposentadoria tem sido de quase 70% da sua renda inicial. Em vista disso – além da poupança que o próprio trabalhador pode fazer –, a previdência privada tem surgido como uma das únicas opções existentes para a proteção em prazos mais longos.
- b) Com a estabilidade monetária obtida com o Plano Real, ocorreram dois efeitos importantes para o mercado de seguros e previdência no Brasil. Primeiro, uma maior distribui-

ção de renda, favorecendo o assalariado de renda mais baixa e um dos corolários deste fato foi o crescimento da demanda desses consumidores por produtos que tivessem alguma característica de poupança, mas que fossem também baratos. Ou seja, tipicamente, os de capitalização. Um segundo aspecto importante foi que, pelo aumento de confiança na estabilidade da moeda, houve um interesse maior por contratos de longo prazo – tais como as linhas de crédito imobiliário ou os planos de previdência privada aberta (PPA).

- c) Dentro de um projeto maior de política econômica, o Governo – além de estar ciente das suas próprias deficiências neste mercado – dá sinais claros que deseja estimular o interesse do consumidor pelo setor de PPA. Entre as suas medidas tomadas, citamos a proposta, na regulamentação do Artigo 192, de criação de uma superintendência específica para cuidar de PPA (a Suprev), a dedutibilidade fiscal das parcelas pagas nos planos de PPA, assim como, mais recentemente, o anúncio da criação de mais uma opção de previdência, o Plano de Aposentadoria Programada Individual (FAPI), quando este fundo poderá ser gerido inclusive pelos bancos.

Como ilustração da evolução do setor de PPA nos últimos cinco anos, mostramos, no gráfico 1, os efeitos no mercado de algumas das mudanças citadas acima.



Em vista da importância que este assunto se reveste para o consumidor agora – e sobretudo no futuro –, é interessante que existam alguns padrões mínimos de comparabilidade dos produtos, de modo que os agentes econômicos possam, com relativa rapidez, simplici-

dade e transparência, identificar as vantagens e desvantagens de cada plano. Naturalmente, com um número maior de opções e de empresas a atuar nesta área, o problema se torna ainda mais complexo.

Deste modo, é por este enfoque que este artigo deve ser visto. Inicialmente, no tópico 2, uma parametrização teórica de quais critérios devem ser usados pelo consumidor na avaliação de um produto de PPA, no caso prioritário do uso deste como complemento da sua aposentadoria.

No tópico 3, são apresentadas as características principais de alguns dos maiores planos de PPA existentes no mercado brasileiro – dentro de uma visão de longo prazo e na época de realização deste trabalho –, encaixando-os dentro do padrão estudado no tópico anterior. Em seguida – com hipóteses sobre o comportamento futuro das taxas de juros e usando conhecimentos de matemática financeira –, realizamos um estudo comparativo simplificado dos planos analisados. Assim, com a padronização dessa comparação, chega-se a indicadores teóricos de qualidade, facilitando então a escolha do consumidor. As equações mais sofisticadas discutidas neste tópico, e utilizadas nos ajustes dos planos de PPA, são dadas no Apêndice, de modo a não desviar exageradamente a leitura. Por fim, apresentamos ainda neste tópico sugestões sobre como realizar ajustes com as informações reais das empresas e do mercado.

No tópico 4, concluímos o trabalho, comentando os principais aspectos do texto e seus possíveis desenvolvimentos.

Critérios de seleção de um plano de PPA no longo prazo

Em qualquer estudo comparativo de produtos, é absolutamente necessário que haja um enfoque concentrado nas características principais dos mesmos ou o estudo se perderá em detalhes desnecessários. Nesta simplificação, este método representa cada produto por apenas alguns itens e esta postura é ainda mais válida quando queremos avaliar produtos em um universo de longo prazo, como é o caso dos planos de PPA – onde, nas situações mais usuais, o período de análise é de, no mínimo, cinco anos. Ou seja, para comparar, é necessário parametrizar e simplificar.

Este tipo de raciocínio será usado agora no estudo dos produtos de previdência privada aberta. Inicialmente, apresentamos, na tabela 1, as sete características mais relevantes em um contrato de PPA. Já, na tabela 2, temos também outras variáveis economicamente relevantes, mas exógenas e independentes das características intrínsecas de cada plano.

Em linhas gerais, podemos definir um plano de PPA como um regime de previdência do tipo capitalização onde, através de contribuições periódicas, a partir de certa idade, e durante um certo prazo definido (até a sua aposentadoria), o segurado vai formando um fundo financeiro, que fica sob a administração da empresa de previdência contratada. Deste

Tabela 1
Variáveis Relevantes na Parametrização de um Produto de PPA

Parametrização de cada plano	Descrição
Nível de risco da companhia	Probabilidade de insolvência da companhia, <i>rating</i> , risco na composição dos investimentos, riscos atuariais
Benefícios acessórios	Em geral, os benefícios de risco que podem ser contratados concomitantemente à previdência (exemplo: pecúlio, renda por invalidez, etc.)
Taxa de carregamento (ci)	% deduzido de cada parcela paga mensalmente para a formação do fundo
Taxa de Gestão do Fundo Financeiro (gi)	% deduzido do valor acumulado do fundo de cada segurado
Critério de distribuição dos excedentes financeiros (ei)	O excedente financeiro consiste na rentabilidade financeira do fundo que ultrapassar o valor mínimo estipulado em contrato
Carência para resgates (cr)	Prazo mínimo para o resgate do fundo
Carência para benefícios de risco (cb)	Prazo mínimo para a utilização dos benefícios de risco

modo, didaticamente, podemos conceber este primeiro período como sendo prioritariamente econômico-financeiro, já que ele, na verdade, pode ser interpretado como uma fase de poupança forçada e administrada por terceiros.

Após o prazo de formação deste fundo, passamos para a fase de recebimento das pensões, o segundo período da análise. Agora, neste caso, o valor a ser recebido na aposentadoria será função, naturalmente, do fundo acumulado durante toda a primeira fase e da idade que o segurado passará a usufruir do serviço. Como, em nossa análise comparativa dos produtos, consideraremos que os segurados sempre se aposentam com uma mesma idade específica e comum a todos os planos, o que determinará a superioridade de um ou outro plano será apenas o saldo acumulado no fundo até a aposentadoria. Ou seja, já que, como a idade de saída é a mesma, teoricamente, a relação fundo/aposentadoria será também a mesma, pois dependerá da tábua de mortalidade usada no País. Em vista disso, podemos nos concentrar, na nossa comparação, exclusivamente no aspecto financeiro do produto. Isto é, na primeira fase da análise. Ou, em outras palavras, caso um segurado esteja com-

parando diversos produtos de previdência para uma aposentadoria em idade definida futura e fixa para todos os planos (ou então ele não poderá fazer nenhuma comparação), podemos dizer que o plano que pagará mais na aposentadoria será o que gerar necessariamente um fundo maior até esta data.

Feita esta introdução, passamos diretamente para as explicações dos itens da tabela 1. Assim, teríamos:

Parametrização das variáveis características de um plano de PPA

Como já foi comentado, definimos um plano de PPA de uma empresa qualquer por sete características principais.

a) Nível de risco da companhia

Como, em qualquer empresa de seguros, existe sempre um certo nível de probabilidade de insolvência – que será função das variáveis contábeis, econômicas e atuariais da própria companhia –, quando então os contratos não poderiam ser mais cumpridos. Logo, na escolha de um produto de PPA, esta avaliação de risco deve ser sempre feita, embora, naturalmente, tal estudo não poderá ser realizado somente com as características de cada contrato.

Um outro nível de risco importante em um contrato é o resultante da composição dos investimentos da empresa. Ou seja, um plano pode, historicamente, estar oferecendo uma boa taxa de rentabilidade mas o consumidor, ao examinar a sua carteira de investimentos, observa que esta empresa tem trabalhado muito alavancada e, assim, não se mostrar interessado.

b) Benefícios acessórios

Além da própria previdência privada que o consumidor receberá enquanto estiver vivo, pode haver a contratação, adicionalmente, de alguns outros benefícios acessórios que são, em geral, de risco, pois dependem da duração da vida do segurado. Por exemplo, eles tentam cobrir aquela situação trágica do consumidor que, mesmo pagando a sua previdência durante vinte anos, falece no primeiro mês da aposentadoria, deixando a sua família sem nenhum direito. Nos benefícios acessórios, os mais usados no mercado de PPA são os de renda por invalidez, de pecúlio ou de pensão ao cônjuge (ou aos dependentes).

c) Taxa de carregamento (ci)

A taxa de carregamento (**ci**) consiste em um percentual a ser deduzido de cada parcela paga e usada para a geração do fundo de PPA do segurado. Pelo modelo a seguir, este valor é variável, sendo função do número da mensalidade **i**.

d) Taxa de gestão do fundo financeiro (gi)

A taxa de gestão do fundo financeiro consiste em um percentual a ser deduzido periodicamente do fundo do segurado e, tal como no caso anterior, este valor é variável, sendo função do número da mensalidade **i**.

e) Critério de distribuição dos excedentes financeiros (ei)

Este critério é um dos fatores mais relevantes na escolha de um plano de PPA. Ele consistirá em um percentual a ser repassado ao segurado, calculado sobre o ganho financeiro do fundo que porventura superar o valor mínimo de ganho estipulado em contrato. Esta taxa mínima de rentabilidade, em geral, na amostra dos planos avaliados no mercado brasileiro, giram em torno de três hipóteses:

- Taxa da caderneta de poupança
- Taxa de inflação + 6% ao ano
- O maior dos dois anteriores

Como já foi comentado nos itens anteriores, tal percentual de distribuição **ei** será dito como variável, sendo função do mês de contribuição **i**. Como se verá também, é comum haver, nos primeiros anos de geração dos fundos de PPA nas empresas brasileiras, um comportamento crescente de **ei** ao longo do tempo.

f) Carência de resgates (cr)

Em todos os planos de PPA, existem carências mínimas e distintas para que o segurado, se desejar, interrompa o seu plano extraordinariamente, sacando neste caso os valores existentes do fundo e extinguindo o contrato. Atualmente, no mercado brasileiro, esses prazos variam de 6 a 24 meses. Como, neste texto, centraremos nossa análise no aspecto exclusivamente previdenciário do plano, além de priorizar a visão de longo prazo, esta hipótese de rompimento será desprezada na comparação dos produtos, dada a seguir. Ou seja, pelo modelo simplificado que usaremos, a carência **cr** não será importante, pois em hipótese nenhuma ela será usada.

g) Carência para benefícios de risco (cb)

Assim como no caso anterior, há períodos de carência para a utilização dos benefícios de risco – de modo a evitar fraudes –, sendo que este prazo tem sido, no máximo, de dois anos. Isto é, aqui temos as carências normais (ou as declarações de saúde, ou ambas) existentes em qualquer seguro de vida usual – pecúlio, invalidez, etc. –, que são características também dos benefícios acessórios dos planos de PPA. Analogamente à carência anterior, e também por motivos de simplificação, não levaremos em conta este aspecto,

já que não estamos interessados em avaliar quantitativamente os riscos atuariais do produto previdência, mas apenas os aspectos financeiros e previdenciários de geração do fundo. Entretanto, esta simplificação não altera substancialmente as conclusões sobre um ou outro plano, já que, além de estes serem benefícios acessórios – e, pelo próprio nome, com uma importância menor –, a maior preocupação de um consumidor de um produto de PPA é, naturalmente, a sua própria previdência, aspecto que será analisado em detalhes.

Variáveis exógenas relevantes em um plano de PPA

Na geração de um fundo previdenciário, existem variáveis que são também importantes mas cujos valores não são definidos nas condições gerais de cada plano de PPA. Este grupo está apresentado na tabela 2, dada a seguir.

Tabela 2 Variáveis Exógenas Relevantes em um Plano de PPA	
Variáveis exógenas	Descrição
Taxa de juros média dos investimentos (mês) (r_i)	Taxa de juros conseguida pela empresa de PPA na remuneração dos fundos
Taxa referencial de juros (mês) (r_{ri})	Taxa usada no mercado financeiro
Alíquota fiscal média (mês) (f_i)	Alíquota fiscal média para imposto de renda
Taxa inflacionária (mês) (π_i)	Taxa de inflação no mês

a) Taxas de juros média dos investimentos (r_i)

A taxa de juros média consistirá no valor médio que o fundo será remunerado e dependerá, naturalmente, das condições de mercado e da habilidade do departamento de investimentos das empresas de PPA. Seguindo o padrão anterior, cada taxa de juros r_i é variável e relativa ao período i .

b) Taxas referencial de juros (r_{ri})

A taxa referencial de juros consistirá na taxa conhecida e usada em todo o mercado financeiro. Em nosso modelo, ela é importante, pois será utilizada como remuneração mínima em muitos planos de PPA, através da poupança.

c) Alíquota fiscal média (fi)

A lei 9.250/95 permite que as contribuições para a previdência privada aberta sejam dedutíveis, para fins de imposto de renda. Obviamente, este pagamento a menor ao fisco dependerá da faixa de renda que o segurado se situar (quanto maior a faixa, maior será a sua redução relativa, pois a sua alíquota é a superior). Entretanto, não inserimos, em nossos cálculos, mais uma variável complicadora – a renda do segurado –, já que optamos em considerar uma alíquota fiscal média para todos os planos.

d) Taxa inflacionária média (pi)

Em alguns planos de PPA, a remuneração mínima é função da taxa de variação inflacionária de algum índice oficial de preços. Como o nosso horizonte é de longo prazo, a escolha de um ou outro indicador do mercado – IGP-M, IGP-DI, etc. – não é relevante, já que, teoricamente, eles devem convergir para o mesmo valor com o passar dos anos e as diferenças serão, então, desprezíveis. Ressaltamos que esta simplificação – assim como outras que faremos – só é possível pelo prazo de análise de um plano de PPA, pois quem compra um produto deste tipo pensa, no mínimo, em um horizonte de cinco ou dez anos. Assim, qualquer preciosismo neste sentido se torna absolutamente irrelevante.

Avaliação de longo prazo de alguns planos de PPA brasileiros

Em nossa análise comparativa, fizemos o levantamento de uma amostra de 10 dos principais planos de PPA existentes, que serão denominados de plano 1 a plano 10. As características numéricas principais de cada um desses produtos estão listadas na tabela 3, dada a seguir, dentro da parametrização já apresentada no item anterior. Como já ressaltamos, como avaliaremos, em nossa análise simplificada, somente os critérios previdenciários de cada produto em um prazo longo, não levamos em conta nem as carências nos planos (já que todas serão cumpridas) nem os custos dos benefícios acessórios porventura existentes (para não misturar seguro com previdência). Em vista disso, das sete variáveis levantadas na tabela 1, só consideraremos, de fato, quatro, sendo que três delas estão listadas na tabela seguinte. Quanto ao nível de risco das empresas de previdência, a última delas restante, comentaremos quando da comparação dos resultados obtidos, mais ao final deste texto.

Pela notação algébrica que usaremos, i passa a representar a contribuição em cada mês, sendo que $i = 1$ corresponde ao primeiro mês de contribuição e, assim, sucessivamente. Ou seja, para um plano de 15 anos, i irá de 1 a 180.

Todos os valores da tabela anterior estão coerentes com as taxas financeiras atuais. Os motivos para esta “suposta” arbitrariedade é que, na verdade, não temos outra opção. O que, além do bom senso, pode-se usar em uma previsão das taxas inflacionárias ou de juros para os próximos 10 anos, prazo ainda modesto para um plano de PPA? De qualquer manei-

Tabela 3
Características Principais de Alguns Planos de PPA no Brasil

Plano	Taxa de carregamento (ci)	Taxa de Gestão do Fundo Financeiro (gi)	Distribuição do Excedente Financeiro (ei)
1	9%, para todo i	0%	0%, i entre 1 e 12; 50%, entre 13 e 24; 55%, entre 25 e 36; 60%, entre 37 e 48; 65%, entre 49 e 60; 70%, entre 61 e 72, 75% a partir de 73
2	12%, para todo i	0%	75% para todo i
3	12%, para todo i	0%	50% para todo i
4	5%, i entre 1 e 12; 4%, entre 13 e 24; 3% a partir de 25	0,25%, para todo i	75% para todo i
5	10% para todo i	0%	50% para todo i
6	9%, i entre 1 e 12; 8%, entre 13 e 24; 7%, entre 25 e 36; 6%, entre 37 e 48; 5%, entre 49 e 60; 4% a partir de 61	0%	50%, i entre 1 e 12; 55%, entre 13 e 24; 60%, entre 25 e 36; 65%, entre 37 e 48; 70%, entre 49 e 60; 75%, a partir de 61
7	Não é cobrada	0%	75% para todo i
8	3%, para todo i	0,25%, para todo i	60%, i entre 1 e 12; 65%, entre 13 e 24; 70%, entre 25 e 36; 75%, entre 37 e 48; 80% a partir de 49
9	3%	0,25%, para todo i	75% para todo i
10	8%	0%	80% para todo i

ra, em uma análise comparativa posterior, e ainda dentro do texto, iremos flexibilizar algumas destas variáveis. Além disso, sobre o uso destes números especificamente, fazemos os seguintes comentários adicionais:

- a) A nossa hipótese é que a variável ri , com o tempo, convergiria para a taxa de remuneração média dos grandes investimentos financeiros (aproximadamente igual à atual taxa

Cetip, por exemplo), como é o caso dos valores operados pelas empresas de PPA. Assumimos também que, teoricamente e no longo prazo, todos os planos teriam a mesma taxa de rentabilidade. Ou seja, em princípio, não consideramos que – em um mercado competitivo como o de PPA – nenhum departamento de investimentos seria diferente dos demais.

- b) Como a taxa de juros r_i é sempre superior à taxa de remuneração mínima (1,5% para 1%), haverá excedente financeiro a partir do início de geração do fundo. Como, além disso, considerando que o segurado não romperá o contrato, contornamos o fato do prazo de capitalização dos excedentes financeiros serem diferentes em alguns planos na amostra analisada (por exemplo, mensais, anuais ou de uma única vez, ao haver a aposentadoria).
- c) Uma outra simplificação, que os números escolhidos proporcionam, é que, como as taxas de remuneração da poupança e da taxa de inflação + 6% são praticamente equivalentes a 1% ao mês, podemos usar apenas uma delas nos nossos cálculos, sem precisar complicar desnecessariamente o raciocínio. Na representação literal das equações no apêndice, ib será dita esta taxa.
- d) Atualmente, há três possibilidades para o imposto de renda: alíquotas de 15%, de 25% e, naturalmente, isenção. Sendo assim, arbitramos, que, na média, o segurado poderia deduzir 15% da sua contribuição de imposto de renda. Ou seja, para cada R\$ 100 pagos em previdência, ele recuperaria R\$ 15. Entretanto, ressaltamos que este ganho fiscal ocorre somente durante o pagamento das prestações da PPA. Isto é, quando do recebimento da aposentadoria, o segurado passará a pagar imposto de renda normalmente. Esta é uma diferença relevante em relação a uma situação de poupança comum, pois, neste caso, o imposto é pago na própria geração de poupança e, quando da retirada destes valores no futuro (caso o segurado resolvesse que já era hora de usufruir o que foi poupado), não haveria mais pagamento fiscal nenhum. Porém, como, em nossa análise, só vamos até a geração do fundo, desprezamos esta particularidade (mas que deve ser necessariamente usada ao se comparar um fundo de PPA com outra forma de investimento financeiro).

Por fim, com o objetivo de padronizarmos os valores obtidos na geração dos fundos, criamos a variável Q_{Pi} , que medirá, no instante i , o indicador **Quantidades de Poupança**, que corresponde à divisão do fundo acumulado – tanto na empresa de PPA, como com o fundo gerado pelo próprio segurado com o ganho fiscal obtido – pelo valor que o segurado teria caso, em vez de aplicar no plano de PPA escolhido, aplicasse por iniciativa própria em uma caderneta de poupança um valor constante, em termos nominais, e igual a Q . Aqui, sendo este um investimento com taxas de carregamento e de gestão iguais a zero, sem isenção fiscal e com taxa de remuneração de 1% ao mês.

Com estas hipóteses, podemos construir as curvas de evolução do indicador Q_{Pi} , ao longo do tempo, para os 10 planos analisados e em um prazo de até 30 anos de contribuição. Estas curvas estão mostradas no gráfico 2 e este indicador será o nosso parâmetro de comparação de plano para plano.

Tabela 5
Evolução do Saldo do Perfil do Mundo – Plano 6

Anos	Remuneração Base	Excedente Financeiro	Ganho Fiscal
10	67,4%	21,9%	10,8%
20	46,4%	46,3%	7,4%
30	29,1%	66,3%	4,6%

mesmo com a taxa de gestão. Ou seja, pelas nossas hipóteses de comportamento das taxas financeiras futuras – e considerando somente o valor esperado dos investimentos –, um fundo de PPA superaria, em termos análogos, o valor obtido com depósitos análogos em uma caderneta de poupança.

- b) A medida que o plano vai se desenvolvendo, maior vai sendo a participação do excedente financeiro na composição do fundo. Por exemplo, a tabela 5 avalia este aspecto, no caso do plano 6 (todos os outros planos têm um comportamento similar). Ao final do 10^o ano, a participação do excedente financeiro será de apenas 21,9% em relação ao saldo total do fundo. Porém, ao final do 20^o, a participação do fundo será de quase 50% e, no 30^o ano, já é de mais de 66%.

Devido à importância que a taxa de juros r_i possui na geração do fundo de PPA, discutiremos com mais detalhes este assunto a seguir, quando permitiremos que os fundos tenham taxas de rentabilidades diferentes e, assim, determinar as taxas equivalentes destes entre si.

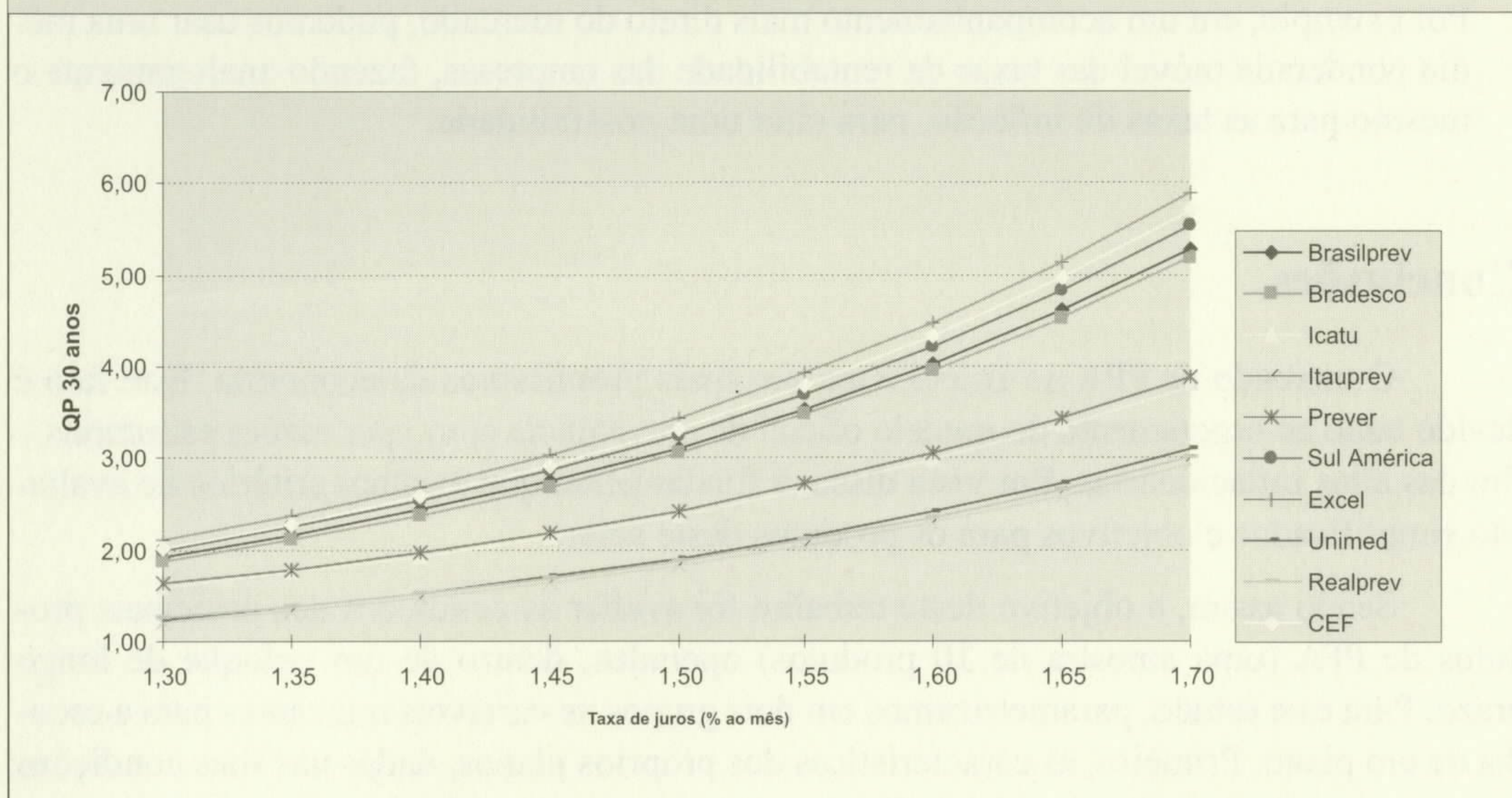
- c) Considerando as hipóteses do modelo, a dispersão dos resultados dos planos de PPA é grande e crescente, quanto maior for o período de geração do fundo. Por exemplo, ao final dos 10 anos, o melhor plano brasileiro proporciona um ganho 20% maior que o pior. Porém, ao final de 30 anos, esta diferença cresce para 88%. A importância do excedente financeiro na geração dos fundos e o uso de juros compostos explicam este fato. Como complemento a esta idéia, a tabela 6 apresenta também alguns indicadores estatísticos.
- d) Devido à importância que a taxa de juros r_i tem nos planos de PPA, apresentamos o gráfico 3, que relaciona – para um determinado prazo de geração de fundo (30 anos) e para cada um dos planos analisados –, as taxas de juros r_i e o indicador QPi . Observar que, agora, a taxa r_i não precisa ser idêntica em todos os planos. Neste sentido, o gráfico pode ser usado da seguinte forma.

Por exemplo, considerando que o plano 2 tenha, em média, uma taxa de rentabilidade de 1,55% ao mês. Em vista disso, para que o plano 5 seja equivalente ao plano 2, este

Tabela 6
Evolução de Indicadores Estatísticos de Qpi Amostra de 10 Planos de PPA

Anos	Média	Desvio-Padrão	Coefficiente de Variação
10	1,33	0,08	0,06
20	1,80	0,24	0,14
30	2,66	0,61	0,23

Gráfico 3
Evolução da QP30 anos em Função da Taxa de Juros
(com Contribuições Nominais Constantes)



deve ter uma taxa de rentabilidade de 1,66%, enquanto que o plano 7, 1,50%. Naturalmente, este gráfico pode ser traçado também para outros períodos de geração de fundo – 20, 25 anos, etc. Assim, o consumidor pode avaliar comparativamente os planos de uma forma mais objetiva e segundo as suas conveniências (prazos de aposentadoria diferentes).

- e) Encontramos um elevado nível de dispersão nos resultados das empresas de PPA. Por exemplo, como citamos no item c, e ao final de 30 anos, um segurado receber 100 ou 188 na sua aposentadoria – mesmo que as taxas **ri** dos planos de PPA sejam as mesmas – faz uma grande diferença para o mesmo. Teoricamente, e em nossa opinião, esta defasagem

atual de preços no mercado brasileiro de PPA poderia se justificar de duas maneiras. Primeiro, o nível de risco das operações. Ou seja, a empresa que oferecesse piores condições financeiras para o consumidor provavelmente teria, em contrapartida, um maior nível de segurança (por exemplo, um “rating” superior). Entretanto, acreditamos que há ainda um outro motivo mais relevante para explicar esta defasagem nos planos: o ajuste de preços que o mercado está sofrendo. Pois, só há pouco tempo que o setor de PPA tem atraído uma maior atenção dos outros segmentos empresariais. Em vista disso, registramos nos últimos anos a entrada de novas companhias, ansiosas por este mercado, que precisam ocupar espaço e atrair novos clientes e, assim, oferecem produtos mais baratos e mais competitivos.

- f) Nos estudos realizados até agora, avaliamos os produtos em termos teóricos, considerando apenas as suas características principais, sem levar em conta, por exemplo, as taxas de juros que as empresas de PPA, de fato, obtêm. Naturalmente, este modelo pode ser melhorado, na medida em que se tenha estas informações das próprias companhias. Por exemplo, em um acompanhamento mais direto do mercado, podemos usar uma média ponderada móvel das taxas de rentabilidade das empresas, fazendo analogamente o mesmo para as taxas de inflação, para citar uma possibilidade.

Conclusões

O mercado de PPA no Brasil é um dos mais promissores da economia. Este fato é devido tanto ao esgotamento do modelo oficial de previdência como por razões estruturais – fim das altas inflacionárias. Em vista disso, é fundamental que existam critérios de avaliação simplificados e objetivos para os produtos deste setor.

Sendo assim, o objetivo deste trabalho foi avaliar as condições dos principais produtos de PPA (uma amostra de 10 produtos) operados, dentro de um enfoque de longo prazo. Para este estudo, parametrizamos em dois grupos as variáveis relevantes para a escolha de um plano. Primeiro, as características dos próprios planos, dadas nas suas condições gerais (sete características ao todo). Em segundo lugar, as variáveis exógenas (quatro ao todo) – taxas de juros, inflação, etc.

Como a nossa visão é de longo prazo, muitas das condições gerais se tornam irrelevantes (as carências, por exemplo). Por outro lado, para priorizar os aspectos previdenciários de cada plano, não avaliamos os benefícios secundários dos mesmos – principalmente, os de risco. Deste modo, nos concentramos apenas na formação do capital do fundo de cada consumidor, para a hipótese deste realizar contribuições nominais constantes.

Montado o modelo e com hipóteses sobre o comportamento futuro de algumas variáveis econômicas – previsões restritas, devido ao longo prazo de um plano de PPA –, chegamos às seguintes conclusões principais:

- i) Os planos de PPA ainda possuem um nível elevado de dispersão de resultados. Por exemplo, pelas nossas hipóteses, na avaliação dos 10 produtos, e ao final de um plano de 30 anos, encontramos uma defasagem de quase 90% entre o resultado do pior e do melhor plano, mesmo que ambas as empresas obtenham as mesmas taxas de rentabilidade para os seus ativos.
- ii) Em nosso modo de ver, haveria dois motivos para explicar este fato. Primeiro, a presença no mercado de empresas com níveis de risco distintos. Segundo, e o principal, o mercado ainda está sofrendo ajustes, com a entrada de novas empresas e o aumento de competição. Este fato faz com que surjam situações extraordinariamente favoráveis para o consumidor.
- iii) Devido aos aspectos levantados nos tópicos anteriores – ainda grande variabilidade de preços em um serviço caro e fundamental –, é extremamente relevante para o consumidor que haja uma pesquisa detalhada das condições de cada um dos planos apresentados.
- iv) O desenvolvimento principal deste trabalho vai em direção a um acompanhamento das condições reais de um plano de PPA. Por exemplo, um ajuste possível é a projeção das taxas reais r_i para cada empresa, a partir dos seus últimos resultados. Uma outra opção é o uso de taxas de contribuições diferentes. Por exemplo, em vez da utilização de contribuições nominais constantes Q , desenvolver o modelo com a hipótese de contribuições reais constantes. Assim, os gráficos 2 e 3 poderão ser mais produtivos.

Apêndice

Equações usadas na determinação dos fundos de PPA

As equações usadas restringem-se aos conceitos de matemática financeira. Assim, supondo que o segurado contribua mensalmente para um fundo de PPA com a quantia Q , temos:

- i) Saldo do fundo, obtido com a remuneração mínima (**F_{bi}**)

Em um instante i qualquer – ou mês i , como estamos usando nos casos deste texto –, definimos o saldo do fundo **F_{bi}**, e válido para qualquer instante n :

$$\mathbf{F_{bi} = F_{bi-1} \times (1+ib) + Q \times (1-ci) \quad (1)}$$

para $i \geq 1$.

E, com alguns algebrismos:

$$F_{bn} = Q \times (1-ci) \times \frac{(1+ib)^n - 1}{ib} \quad (2)$$

ii) Saldo total do fundo (**Fti**)

Inicialmente, define-se a variável **Pi**, que representa o saldo acumulado do capital aplicado pela empresa de PPA no instante **i**, após a dedução da sua taxa de gestão **gi**.

$$P_i = P_{i-1} \times (1+ri-gi) + Q \times (1 - ci) \quad (3)$$

Logo, define-se o ganho financeiro acumulado da empresas de PPA (**Gai**) no período **i**:

$$G_{ai} = P_i - F_{bi} \quad (4)$$

Em vista disso, o ganho obtido exatamente no período **i** será dado em (5):

$$G_i = G_{ai} - G_{ai-1} \quad (5)$$

Considerando adicionalmente que o percentual de repasse do excedente financeiro no período **i** será igual a **ei**, determinamos o valor a ser adicionado ao fundo de rentabilidade mínima, até o período **n**.

$$E_n = \sum_{i=1}^n e_i \times G_i \quad (6)$$

Logo, usando as equações (2) e (6), e calculando numericamente, determinamos o valor do fundo da empresa de PPA, dado em (7), em um instante **n** qualquer.

$$F_{tn} = F_{bn} + E_n \quad (7)$$

iii) Ganho fiscal obtido (**Ffi**)

Durante o pagamento de um plano de PPA, o fisco permite que estas parcelas sejam dedutíveis. Neste caso, caso o consumidor pudesse alocar tal capital a uma taxa de juros **ib**, mensuraríamos o ganho **Ffi** no instante **i**, dado a seguir.

$$\mathbf{Ffi} = \mathbf{Ffi-1} \times (1+\mathbf{ib}) + \mathbf{Q} \times (1-\mathbf{ci}) \times (\mathbf{ti}) \quad (8)$$

para $\mathbf{i} \geq 1$.

E, com alguns algebrismos também:

$$\mathbf{Ffn} = \mathbf{Q} \times (1-\mathbf{ci}) \times (\mathbf{ti}) \times \frac{(1+\mathbf{ib})^{\mathbf{n}} - 1}{\mathbf{ib}} \quad (9)$$

iv) Ganho total obtido, com ganho fiscal inclusive (**Ft'i**)

Com as equações anteriores, podemos determinar o saldo total do fundo acumulado pelo segurado, **Ft'n**, em um instante **n** qualquer.

$$\mathbf{Ft'n} = \mathbf{Fbn} + \mathbf{En} + \mathbf{Ffn} \quad (10)$$

Reiteramos que as duas primeiras parcelas da equação (10) correspondem ao fundo sob administração da PPA, enquanto que a última é relativa a um fundo gerado pelo próprio consumidor, a partir do ganho fiscal obtido. Esta última equação é que será usada no cálculo do indicador **QPi**, ao ser dividido pela geração de um fundo de poupança.

Um Estudo Inédito de Avaliação e Comparação de Planos de Previdência Privada Aberta

SEVERINO GARCIA RAMOS

Em primeiro lugar, manifestamos a satisfação de comentar o trabalho *Um Estudo Comparativo de Alguns Planos de Previdência Privada Aberta no Brasil – Sob a Ótica do Consumidor*, do Prof. Francisco Galiza, uma valiosa contribuição para o setor de previdência privada, tão carente de estudos dessa natureza, principalmente por ser de excelente nível.

O estudo teve por base uma amostra de 10 planos e é apresentado em quatro Tópicos, didaticamente desenvolvidos, precedidos de uma introdução e complementados por um apêndice onde o autor indica as equações matemáticas utilizadas no trabalho.

Comentários sobre o tópico 2 – Critérios de seleção de um plano de PPA

O autor, com acerto, destaca que um enfoque concentrado nas características principais dos produtos é condição fundamental para qualquer estudo comparativo entre eles, de modo a tornar possível uma simplificação, onde os detalhes desnecessários possam ser eliminados.

Nos produtos de PPA, com mais razão ainda, se justifica uma simplificação no método de avaliação adotado, principalmente por suas características peculiares.

O longo prazo é a característica marcante da PPA, que resulta relativa complexidade para os estudos de avaliação e comparação dos seus produtos. Além disso, um produto pode resultar da conjugação de planos no regime de capitalização com planos nos regimes de repartição, o que exige hipóteses para simplificação, nos métodos de avaliação.

O autor, em sua análise, delimita de forma nítida as duas fases de um plano básico PPA. A primeira é a fase de acumulação em que o consumidor, diretamente ou em conjunto com um patrocinador, efetua contribuição ao plano. A segunda é a fase do recebimento dos benefícios. Assim é que o autor procurou centrar a sua comparação exclusivamente no aspecto financeiro do produto, ou seja na primeira fase dos planos.

Buscando a melhor alternativa de simplificação possível, tendo em vista a parametrização adotada, o autor definiu sete variáveis representativas pelas características relevantes num contrato de previdência privada (Vide Tópico 2 – Tabela 1). O autor definiu ainda quatro variáveis economicamente relevantes para o estudo, (Vide Tópico 2 – Tabela 2), que são, na realidade, variáveis exógenas e independentes das características intrínsecas de cada produto.

Comentários sobre as variáveis características

Com relação às variáveis características, definidas na Tabela 1 – Tópico 2, comentaremos apenas duas: nível de risco da operadora e carência para resgate, uma vez que as demais dispensam comentários adicionais.

O nível de risco de uma operadora de previdência privada aberta é avaliado pelas variáveis contábeis e econômicas, como define o autor, admitindo-se compreendidos nesse conjunto de variáveis os efeitos das hipóteses atuariais adotadas nos planos.

Um estudo das hipóteses atuariais foge ao escopo do trabalho e destes comentários, de modo que analisaremos apenas duas dessas hipóteses por serem pertinentes. São elas a taxa de juros e as tábuas biométricas.

No Brasil, lamentavelmente não temos ainda uma tábua de sobrevivência construída com base na Experiência Brasileira. Ainda adotamos tábuas estrangeiras. Nos fundos fechados, adota-se ainda nos planos de aposentadoria, por incrível que nos pareça, a tábua CSO-58 (que é de mortalidade e não de sobrevivência). Na PPA, adota-se a tábua AT-49, com unanimidade, enquanto que nos EUA, são adotadas tábuas americanas de 1994 e outras com projeção para o ano 2000.

É obvio que não chegamos ainda à longevidade dos americanos nem à dos europeus, mas, nos últimos anos, as estatísticas de população demonstram ganhos significativos

de longevidade na população brasileira, o que vem preocupando sobremaneira alguns atuários brasileiros, que são obrigados a adotar tábuas estrangeiras.

As pesquisas sobre tábuas de mortalidade brasileiras iniciadas em 1944 pelo Instituto Brasileiro de Atuária, com o Patrocínio do Instituto de Resseguros do Brasil, foram inexplicavelmente interrompidas em 1975, com a Tábua SGB 75.

Os mais vulneráveis são os planos de aposentadoria, hoje calculados pela AT-49 na PPA. Damos como exemplo, um plano de contribuição definida, onde o atuário é obrigado a definir previamente uma tábua de sobrevivência estrangeira a ser aplicada ao padrão de sobrevivência do brasileiro daqui a 20, 30 ou mais anos.

Além disso, cabe-nos comentar que a taxa de juros de desconto que o mercado de PPA adota, com unanimidade, é de 6% a.a., a qual associada à aplicação de um índice de preços de atualização anual dos valores contratados também indica dificuldades de solvência no longo prazo, principalmente num cenário de estabilização perene da economia, inflação de um dígito, no qual espera-se índices decrescentes de remuneração de investimentos.

Assim é que a adoção de hipóteses atuariais através de tábuas de sobrevivência inadequadas à longevidade do consumidor de planos PPA associada a uma garantia mínima contratual que resulta da combinação da taxa de juros de 6% a.a. (que funciona como desconto antecipado nos cálculos atuariais) com um indexador (aplicação de índice de preços aos valores contratados), num horizonte de longo prazo, representa um risco de insolvência considerável para operadora.

No caso, não se pode considerar o indexador do plano ou a taxa de juros, isoladamente, como variável atuarial de risco e sim a combinação do indexador com a taxa de juros de cálculo atuarial de 6% a.a. Em outras palavras, devemos considerar, como variáveis atuariais de risco, a tábua de sobrevivência e a garantia contratual mínima de rentabilidade do plano.

Um aspecto importante a considerar é que os efeitos das variáveis atuariais de risco transcendem a primeira fase da vida dos produtos, que é a fase de acumulação adotada pelo autor no modelo. Em decorrência, o nível de risco da Operadora, neste caso, alcança prazo muito longo. Podemos ter uma idéia desse período, imaginando uma pessoa jovem ingressando no plano aos 25 anos, recebendo aposentadoria aos 60, (renda vitalícia) e sobrevivendo a esperança de vida (padrão de sobrevivência no século XXI) das pessoas que estão comprando planos PPA, período esse do plano sob os efeitos das variáveis atuariais.

Portanto, embora as variáveis atuariais de risco possam afetar futuramente os consumidores, não seria o caso de incluí-las como critério para avaliação do produto. Talvez, fosse o caso de se exigir das empresas que operam PPA a certificação periódica de solvência, onde as variáveis atuariais de riscos estariam sendo avaliadas, num contexto apropriado, para segurança do consumidor de produtos PPA.

Na realidade, os nossos comentários sobre as variáveis atuariais de risco têm por finalidade discutir um importante nível de risco das operadoras, decorrente do aspecto conjuntural da PPA no Brasil e não defender a inclusão das hipóteses atuariais no conjunto de variáveis características definidas no trabalho do autor.

Para finalizar os comentários deste tópico, apresentamos uma visão da variável característica carência, sob a ótica do patrocinador do plano, que, ao contrário dos participantes, geralmente prioriza esta variável num conceito preferencial de médio e longo prazos, principalmente em se tratando de funcionários qualificados, como estímulo à fixação dos mesmos na empresa. No entanto, temos de concordar com as conclusões do autor quanto ao fato de que, no longo prazo e para a maioria dos planos, as condições de carência tornam-se irrelevantes para o modelo adotado em seu estudo.

Comentários sobre as variáveis exógenas relevantes

O autor definiu quatro variáveis exógenas relevantes (Tópico 2 – Tabela 2). Faremos comentários apenas relacionados a taxas de juros, média dos investimentos (r_i) e taxa referencial de juros (r_{ri}), uma vez que as demais dispensam comentários adicionais.

O requisito fundamental para qualificar uma variável exógena relevante, conforme bem definiu o autor, é o fato de a mesma não ter valores estabelecidos no contrato de PPA.

Em primeiro lugar, é importante comentar algumas características determinantes dos planos em operação relacionadas com os preços dos produtos, como segue:

a) Planos atuariais BD – (Benefício Definido)

- 1) O efeito da taxa de juros no cálculo atuarial é de desconto, atuando diretamente no valor do custeio do plano, de modo que, quanto menor a taxa de juros do cálculo atuarial, maior é o preço do produto. A taxa de juros atuarial, nem sempre consta do contrato, mas indiretamente o integra através da Nota Técnica do Plano; e
- 2) O indexador consta obrigatoriamente do contrato, formando juntamente com a taxa de juros a chamada garantia mínima de rentabilidade.

b) Planos de Contribuição Definida CD – (Rebatizados pela Res. CNSP 25/94 como Planos de Contribuição Variável)

- 1) A taxa de juros não é embutida no cálculo do custeio do plano. É, todavia, embutida como taxa de desconto no cálculo da reserva matemática, quando a renda for concedida, no futuro; e

- 2) O indexador consta do contrato. É obrigatório o indexador, ou seja, ainda não se permite que o plano seja atualizado pela rentabilidade do fundo;
- 3) Obedecendo ao que prescreve a legislação vigente, poder-se-ia idealizar um plano CD com taxa de juros zero (máximo permitido é 6% a.a.) e a garantia de um indexador IGP-M ou outro; e
- 4) Quanto menor seja a taxa de juros, maior é o montante das reservas matemáticas de benefícios.

O primeiro aspecto a considerar é que, ao contrário do que possa parecer, embora determinantes dos valores contratados, as características dos planos citados não interferem na função das variáveis exógenas adotadas no modelo.

Devemos considerar que, nos planos atuariais, as receitas geradas pelo pagamento das contribuições estão sujeitas a oscilações aleatórias por conta das hipóteses atuariais sobre a evolução da massa, qualquer que seja o regime financeiro adotado no plano. Já nos planos de contribuição definida, o valor de contribuição paga pelos participantes pode ser tratado como um depósito (ou aplicação financeira) onde a evolução de receitas não está vinculada qualquer hipótese atuarial preestabelecida, de modo que, a rentabilidade e evolução do fundo, neste caso, tendem a ser refletidas nitidamente pelas funções financeiras adotadas nas projeções.

No entanto, as mencionadas características estruturais dos planos, embora díspares, não invalidam as análises e a aplicação do trabalho nas duas grandes vertentes de planos (Atuariais e Contribuição Definida), com a ressalva de que o mercado não pode ainda operar plano de contribuição definida, onde a rentabilidade do fundo substitui a taxa de juros e o indexador.

São notórias as divergências sobre planos de Contribuição Definida, que foram regulamentados, pela primeira vez, com o nome de planos a Contribuição e Benefícios não Definidos (subitem 1.2, da Resolução CNSP 10/87). A Resolução CNSP 33/89, que revogou a Res. CNSP 10/87, alterou a definição para Planos de Benefícios não Definidos, e previu, expressamente no cap. V, subitem 1.1, a taxa de rentabilidade do FGB em substituição à taxa de juros e indexador. A Res. CNSP 25/94 alterou novamente o nome do plano para Planos de Contribuições Variáveis, assim como vedou a possibilidade de se adotar a taxa de rentabilidade do fundo, como plano alternativo.

Comentários sobre os tópicos 3 e 4 – Avaliação de longo prazo de alguns planos de PPA brasileiros e conclusões

Como vimos, o trabalho teve por base uma amostra de 10 planos, considerada significativa (Tabela 3) para as análises pretendidas.

Das sete variáveis características indicadas na tabela 1, somente quatro foram consideradas de fato. Para as variáveis exógenas, os valores arbitrados constam na Tabela 4.

A análise do autor dispensa maiores comentários, cabendo-nos apenas ressaltar alguns pontos:

- 1) a hipótese de que a variável ri , com o tempo, convergiria para a taxa de remuneração média dos grandes investimentos financeiros, aproximadamente igual, por exemplo, a atual taxa CETIP, é razoável, principalmente considerando-se que não deverão ocorrer mudanças significativas nas atuais diretrizes de investimento traçadas pelo CMN para as Operadoras;
- 2) o autor criou a variável QPi (indicador da quantidade de poupança) que corresponde à divisão do fundo acumulado (patrocinador + participante) pelo valor que o participante teria caso, em vez de aplicar no plano PPA escolhido, aplicasse, por iniciativa própria, numa Caderneta de Poupança em valor constante necessária à construção do modelo; e
- 3) dessa forma e com as hipóteses apresentadas no trabalho, o autor pode construir curvas de evolução (apresentada nos gráficos 2 e 3), e apresentar a tabela 5 com a evolução de saldo do perfil do fundo relativo ao plano 6, bem como a tabela 6, onde consta a evolução de indicadores estatísticos de QPi referente a amostra de planos.

Na avaliação e comparação dos principais produtos de PPA, como não poderia deixar de ser, houve a prevalência do aspecto financeiro dos mesmos, especialmente a capitalização dos fundos, muito mais facilmente assimilado na linha de produtos de contribuição definida.

No que se refere a planos atuariais, pensamos na possibilidade que o trabalho enseje no âmbito das Operadoras uma discussão mais ampla, sobre projeções de níveis de remuneração de fundos, particularmente para o caso de horizontes de médio e longo prazos e, por conseqüência, uma profunda reflexão sobre projeções de excedentes financeiros nestes casos.

As conclusões do trabalho apresentadas no item 4 contêm dados para reflexão do leitor, inclusive quanto aos ajustes possíveis das taxas reais ri para cada empresa, a partir dos seus últimos resultados, com a hipótese de contribuições reais constantes, ajustes estes preconizados pelo autor para o aperfeiçoamento do modelo.

Edição número 87, novembro-dezembro 1997

O Círculo Virtuoso

NILTON MOLINA

Apesar das turbulências registradas nos últimos tempos, e em que pese ainda haver obstáculos a serem removidos, o Brasil chega às portas do ano 2000 tendo preparado o terreno sobre o qual poderá erguer um desenvolvimento sustentado. Pela primeira vez em muitos anos, o País reúne condições para isso, com a inflação controlada, as instituições democráticas consolidadas e a noção, cada vez mais ampla, de que não se constrói o crescimento sobre bases que não sejam sólidas. É dentro desse quadro que o mercado da previdência privada se destaca como um dos mais promissores no Brasil do século XXI.

Dois fatores são fundamentais dentro desse processo de crescimento. Em primeiro lugar, a estabilidade econômica, conseqüência do Plano Real, implantado em 1994. Sem ela, não se poderia pensar na expansão desse mercado. E por quê? Basicamente porque a previdência privada trata de investimento de longo prazo. Nos tempos de inflação galopante, em que imperava a incerteza quanto ao futuro, em que, na população, havia sempre a expectativa de que a qualquer momento um novo pacote econômico poderia ser lançado pelo Governo, poucos se sentiam seguros para aplicar seu dinheiro num projeto de dez, vinte, trinta anos.

O outro fator é o esgotamento do atual modelo de previdência social. Ou seja, os trabalhadores cada vez mais estão conscientes de que o Estado não tem capacidade de cumprir o propósito de lhes garantir um nível de renda compatível com suas necessidades. Para assegurar a qualidade de vida almejada, portanto, a opção é recorrer à poupança previdenciária.

Nesse ponto, a reforma da previdência social, cuja tramitação no Congresso tem sido tão cheia de marchas e contramarchas, assume um papel relevante: tem servido de elemento motivador para uma melhor percepção da realidade. Em boa parte graças à reforma e ao debate gerado em torno dela, os brasileiros têm sido levados a compreender que a garantia de uma aposentadoria digna é um problema a ser resolvido também – e principalmente – dentro da esfera pessoal. Acabou-se o tempo em que isso cabia exclusivamente ao Estado. O enfoque sobre a questão está fazendo com que, progressivamente, os cidadãos se conscientizem da necessidade de contar com uma fonte de renda suplementar ao fim de uma vida de trabalho.

É interessante analisar como o modelo previdenciário oficial se exauriu. Embora só recentemente o assunto tenha entrado na pauta de discussões, a verdade é que esse processo vem se agravando há muito tempo. Desde o início dos anos 70, o tema vem sendo estudado por especialistas. O modelo que durante décadas sustentou – e ainda sustenta, com déficit crescente – o seguro social, se baseia na repartição. Está fundamentado na idéia de que trabalhadores ativos, mais jovens, devem produzir riqueza para os inativos, de idade mais avançada. É como se fosse um pacto entre gerações. Esse pacto, no entanto, foi rompido, como atestam demógrafos: os índices de natalidade caíram e a expectativa de vida é cada vez maior em nosso País e no mundo.

Novo protagonista

Seguindo uma tendência registrada no mundo inteiro, devido aos avanços da medicina e a outras melhorias, a população idosa no Brasil é cada vez mais numerosa. Em 1996, de acordo com dados do IBGE, os idosos somavam 13 milhões de pessoas, ou seja, representavam 8% do total de habitantes. No ano 2020, esse número deverá quase triplicar, chegando a 32 milhões de pessoas com mais de 60 anos. E um detalhe importante: com uma expectativa média de vida de 72 anos.

Se essa previsão se confirmar, o Brasil será o País com a sexta maior população de terceira idade no mundo, atrás apenas de China, Índia, Rússia, Estados Unidos e Japão. Uma outra estimativa, dessa vez da Organização Mundial de Saúde, mostra que, entre 1950 e o ano de 2025, o número de idosos em nosso País se multiplicará por 16, enquanto o crescimento da população como um todo será de apenas cinco vezes no mesmo período.

Mas não é apenas no aspecto demográfico que se evidencia a inviabilidade do modelo atual de previdência social. A economia mudou em todo o mundo e também no Brasil

e as relações de trabalho se transformaram. Com o avanço da tecnologia e a busca crescente de competitividade para enfrentar a concorrência no cenário globalizado, as empresas estão se fundindo e optando por estruturas cada vez mais enxutas. A economia de serviços ganha força e assume o papel de protagonista que antes cabia à economia industrial.

Acrescentem-se a esse cenário também crises conjunturais e o resultado é que um dos grandes desafios deste final de século – e certamente do próximo – é o da criação de empregos. Para se ter uma idéia, nossa população economicamente ativa chega a mais de 72 milhões de brasileiros. O número de postos de trabalho hoje existentes no País, no entanto, é menor do que em 1997. A válvula de escape tem sido o trabalho informal (uma forma também de se combater a rigidez da legislação trabalhista). Estima-se que, para cada cem empregos criados, 85 estejam na informalidade. Com isso, da população economicamente ativa, apenas 30 milhões de brasileiros, aproximadamente, pagam INSS. Ora, num quadro como esse, como imaginar que o sistema oficial de previdência possa ser mantido?

Nada indica que se possa reverter a situação deficitária atual, resgatando-se a antiga vitalidade. O sistema de repartição perde fôlego, braceja e afunda lentamente há anos, comprometendo seriamente o ajuste fiscal. Na década de 50, para cada pessoa que se aposentava no Brasil, havia oito contribuintes. Nos anos 90, essa relação despencou para 2,3 contribuintes para cada aposentado. Atualmente, está em 1,4 para cada aposentado e já existem projeções de que, até o ano 2020, chegará a um por um. E a relação considerada ideal é de quatro por um. Como se vê, há muito o sistema se inviabilizou. Com isso, o poder público é obrigado a tirar dinheiro de outras áreas prioritárias para cobrir o déficit da previdência.

Não à ‘antiga vitalidade’

Esse déficit, que só tem crescido ano após ano, deverá chegar a um valor global de R\$ 49 bilhões em 1999 (considerando-se os gastos com o setor público federal, estadual e municipal). E o mais grave é que nem como mecanismo de justiça social o atual sistema tem servido. Basta ver que, do déficit projetado, R\$ 10,2 bilhões virão do INSS (ou seja, dos aposentados oriundos do setor privado) e R\$ 22,1 bilhões do setor público federal. No primeiro grupo, composto por cerca de 18 milhões de pessoas, o valor médio da aposentadoria fica no baixíssimo patamar de 1,8 salário-mínimo. Já no setor federal, composto por 900 mil pessoas, a média dá um salto para 14,4 salários (no caso do Executivo), 43,7 (Judiciário) e 57,8 (Legislativo).

Resumindo, os fatores responsáveis pelo desequilíbrio do atual sistema podem ser divididos em quatro grupos:

1. Institucionais – Resultantes de uma confusão entre políticas de assistência e previdência;
2. Estruturais – Se dividem em dois subgrupos:
 - Econômicos, resultantes de mudanças no mercado de trabalho;
 - Demográficos, decorrentes do envelhecimento da população e da queda da natalidade.

3. Conjunturais – Neste grupo se inclui a recessão, que provoca períodos de aumento na taxa de desemprego, agravando o déficit da previdência;
4. Gerenciais – Aqui estão incluídas a evasão de receitas e as fraudes, além dos custos operacionais elevados.

Todos esses fatores, portanto, levaram a uma situação insustentável. A reforma da previdência é o caminho para se eliminar – ou ao menos reduzir drasticamente – o rombo existente no setor e ajustar as contas públicas. E nesse ponto se esgotam as suas virtudes. De forma alguma a reformulação do sistema deve ser considerada um meio de se retomar a antiga vitalidade da previdência pública. Como já foi dito, os tempos mudaram e essa seria uma tarefa impraticável. A opção para o trabalhador que quiser garantir a sua qualidade de vida está na previdência privada.

É bom frisar que esta não é uma condição exclusiva de nosso País. Nos Estados Unidos, por exemplo, calcula-se que a poupança previdenciária já corresponda a 60% do PIB. Da população economicamente ativa do país, 47% participam de programas previdenciários voluntários, cujos benefícios são maiores que os pagos pelo Governo. Já se fala até em privatização e em aumentar a idade mínima da aposentadoria para 70 anos para garantir a viabilidade do sistema público. Segundo estimativas, um americano que começa a receber seu benefício aos 65 anos vive, em média, mais 17 anos. Atualmente, a relação é de três contribuintes para um aposentado, mas, se manter o mesmo ritmo, em 2010 será de dois para um. Na Itália, o sistema oficial garante cerca de 60% do salário recebido pelo trabalhador quando estava na ativa. Para complementar sua renda, ele precisa recorrer a planos previdenciários ou a fundos ligados à associações de classe.

No Brasil, o mercado de previdência privada começou a registrar um crescimento significativo a partir da década de 90, apesar de as entidades do setor já estarem regulamentadas desde 1977, com a lei 6.435. Evidentemente, como já se referiu anteriormente, a estabilidade da moeda proporcionada pelo Plano Real teve um papel capital nesse desempenho. Desde 1994, a atividade tem crescido, em média, de 40% a 50% ao ano, de acordo com cálculos da Associação Nacional da Previdência Privada (Anapp). Deve-se citar também a modernização do mercado financeiro e o aperfeiçoamento da própria legislação referente ao setor, como fatores que contribuíram para a ampliação do volume de negócios.

O maior potencial

Os ativos da previdência privada já chegam a mais de R\$ 100 bilhões. É interessante observar que, no Brasil, uma fatia de cerca de 90% desse mercado cabe a planos ligados à empresas. Segundo números de 1998, o volume de ativos nas mãos das entidades fechadas é dez vezes maior que o das entidades abertas. Mas é importante destacar que, dentro do grupo de entidades fechadas, as que contam com patrocínio público respondem por 70% do total de ativos, apesar de o número de participantes em cada categoria ser quase o mesmo.

Tal desequilíbrio se explica pelo fato de os fundos com patrocínio público terem crescido mesmo antes da estabilidade econômica, já que a conta era paga, em última instância, pela sociedade – através dos monopólios de serviços públicos como energia, telefonia, água e esgoto, petróleo, etc.

Com o fim da inflação, o crescimento mais significativo foi registrado entre as instituições abertas. Entre 1994 e 1998, segundo dados da Anapp, a receita anual dos planos previdenciários dessas entidades subiu 490%, chegando a R\$ 3,2 bilhões. No mesmo período, a carteira de investimentos cresceu 300%, atingindo o montante de R\$ 8,2 bilhões no ano passado. Enquanto isso, o volume de ativos das entidades fechadas registrou uma evolução de 40%, com o número de participantes se mantendo praticamente estável (o que pode ser explicado pelos programas de demissão no setor público e pela privatização de estatais).

A previdência privada aberta, portanto, é a que apresenta o maior potencial de crescimento no mercado brasileiro. Para este ano, as estimativas são de que as entidades deste segmento movimentem R\$ 10,1 bilhões. Em 2001, este volume chegaria a R\$ 18,4 bilhões; em 2003, a R\$ 32,1 bilhões; em 2005, a R\$ 52,7 bilhões; em 2007, a R\$ 82 bilhões; e em 2009, a R\$ 122,1 bilhões. Em dez anos, portanto, um crescimento de mais de 1.100%.

A participação das entidades abertas no PIB também daria um salto significativo, de acordo com projeções feitas por especialistas. Ela deverá chegar, este ano, a 1,02%. No ano 2001, a 1,73%; em 2003, a 2,74%; em 2005, a 4,13%; em 2007, a 5,94%; e em 2009, a 8,17%. Atualmente, os ativos de todas as empresas de previdência privada respondem por 11% do PIB nacional. Até o ano 2004, a expectativa do Governo é de que esse índice chegue a 20%. Um número bastante expressivo, mas ainda aquém da participação atual do setor no PIB de outros países, como Japão (44%), Alemanha (91%) e nosso vizinho Chile (41%).

Para se ter uma idéia de como esse mercado ainda pode se expandir no Brasil, basta observar a clientela das entidades fechadas de previdência privada. Essas instituições respondem pela grande maioria dos afiliados da previdência complementar. No entanto, esse contingente representa apenas 9,5% da nossa população economicamente ativa. Como já foi dito anteriormente, nos Estados Unidos 47% dos trabalhadores participam de programas previdenciários.

Função social

Estimativas da Anapp dão conta de que pelo menos dez milhões de brasileiros são potenciais interessados em ingressar em planos oferecidos por bancos ou seguradoras. Para a Secretaria de Previdência Complementar como um todo, num prazo de até cinco anos, o mercado da previdência privada deverá pelo menos dobrar de tamanho.

Atualmente, o valor máximo do benefício concedido pela previdência social está em cerca de R\$ 1.200. Já se fala até em redução desse teto e na desvinculação do benefício em relação ao salário-mínimo. De qualquer maneira, a tendência é de que os trabalhadores com salários acima do valor máximo cada vez mais busquem uma forma de complementar seus rendimentos. De acordo com estudos, aposentados têm a necessidade de garantir de 60% a 80% do salário que recebiam quando estavam na ativa. Se o trabalhador ganha R\$ 2.500, por exemplo, ao se aposentar ele precisará garantir de R\$ 300 a R\$ 800 de uma fonte suplementar – já que o INSS entraria com R\$ 1.200 – para ter um rendimento mensal numa faixa de 60% a R\$ 80% do seu antigo salário.

A previdência privada tem, assim, uma função social das mais relevantes. Ela é instrumento de formação de poupança de longo prazo, destinada a evitar uma queda brusca no poder aquisitivo e, conseqüentemente, na qualidade de vida do trabalhador. Uma das previsões é de que haja uma participação crescente em produtos de contribuição variável, como o Plano Gerador de Benefício Livre (PGBL) e o Fundo de Aposentadoria Programada Individual (FAPI), lançados há cerca de dois anos.

A regulamentação da previdência privada – através de lei complementar que no momento está em trâmite no Congresso Nacional – é outro ponto importante para a ampliação do número de trabalhadores beneficiados por algum tipo de plano complementar. A legislação não deve ser empecilho à criação de novos produtos, mas sim garantir que eles sejam seguros. É preciso que a regulamentação favoreça a popularização dos planos de previdência privada, garantindo-lhes confiabilidade. A população deverá ter em relação a eles a mesma percepção que tem da caderneta de poupança, ou seja, que se trata de um investimento seguro. Sete pontos deverão ser observados pela nova legislação:

1. Liberdade de contratação – A interferência do Estado nos contratos deve ser a menor possível;
2. Liberdade de escolha – É preciso assegurar o direito de portabilidade a participantes e instituidoras, incentivando a competição entre as operadoras;
3. Liquidez – A liquidez precisa ser restrita, para que o saque antecipado de recursos não comprometa o sistema;
4. Liberdade de investimentos – A liberdade de aplicações precisa ser assegurada;
5. Autonomia da agência reguladora – O órgão deve ser autônomo, independente da gestão da previdência oficial, regulando e fiscalizando tanto as entidades fechadas quanto as abertas;
6. Previdência e poupança financeira – A opção de poupança através de uma entidade de previdência privada deve ser vista como mais uma opção de acumulação de renda, além de outras já existentes;

7. Não discriminação – A legislação deve ser neutra em relação às entidades fechadas e abertas de previdência privada.

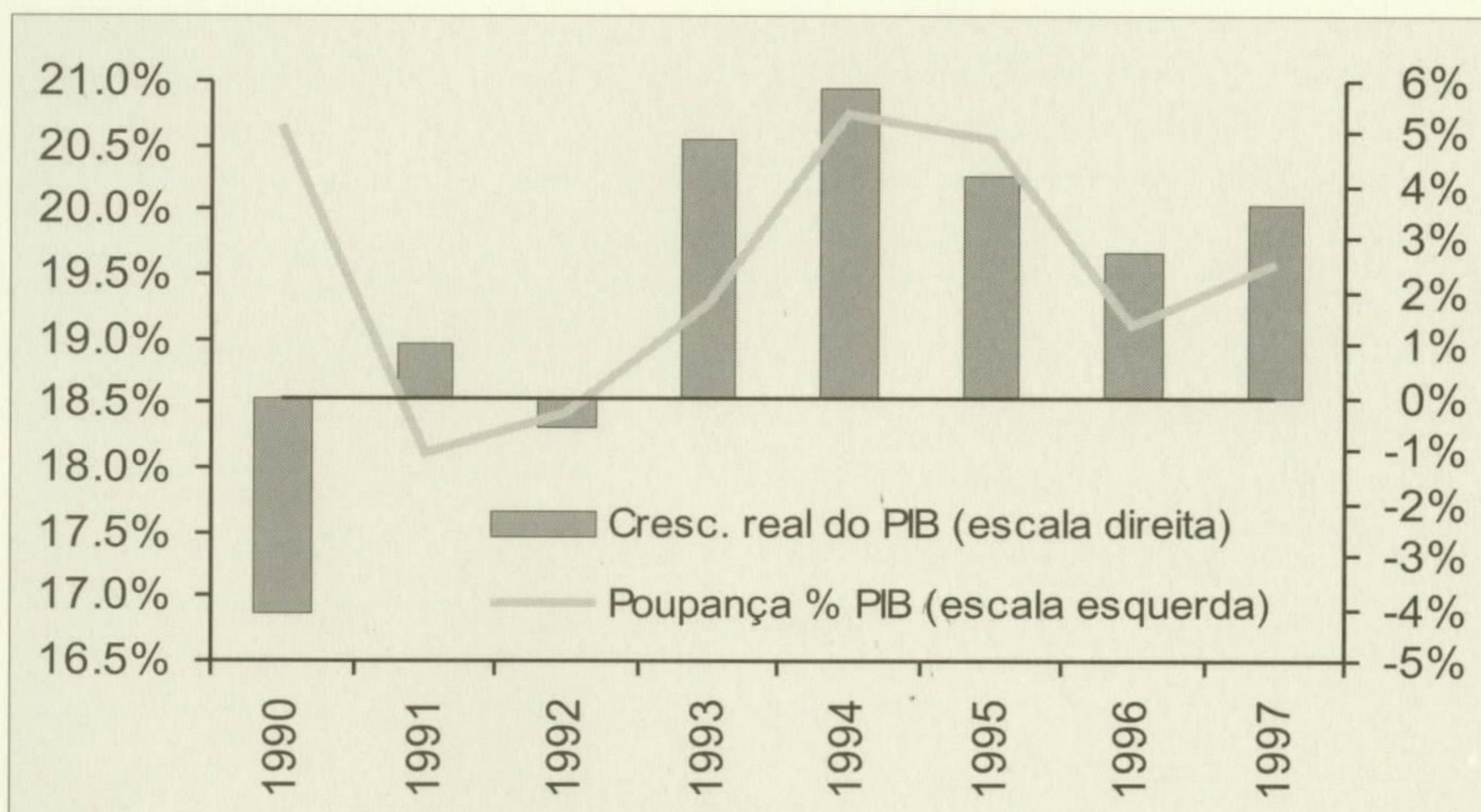
É necessário ainda estabelecer um sistema tributário mais claro e homogêneo para incentivar a formação de poupança de longo prazo. O que ocorre atualmente é que as operadoras do setor enfrentam regras confusas, com diferentes interpretações.

Estímulo à poupança interna

Além de garantir uma aposentadoria ou pensão digna ao trabalhador e à sua família, a previdência privada tem um papel estratégico para o País. Por formar poupança de longo prazo, ela é fundamental para a retomada do crescimento sustentado. As crises por que o Brasil passou desde 1997, com o Governo elevando as taxas de juros a patamares estratosféricos para impedir a fuga desenfreada de reservas, mostrou o quanto é perigoso depender excessivamente de capital externo. A expansão da previdência privada reduziria nossa dependência do capital estrangeiro e, conseqüentemente, tornaria o País menos suscetível a crises.

Essa relação entre a formação de poupança e o crescimento econômico fica bem evidenciada numa análise do período de 1990 a 1997 em nosso País. Com exceção do intervalo de 1990 a 1992, quando foram baixados os Planos Collor I e II, os anos em que se registrou crescimento foram aqueles em que houve aumento da poupança em relação ao PIB.

Poupança e Crescimento Econômico no Brasil



Fonte: Banco Central e IBGE

Como num círculo virtuoso, o crescimento econômico, para o qual contribuirá a previdência privada, certamente realimentará esse mercado, ajudando a estimular uma cultura da poupança interna no Brasil. A estabilidade proporcionada pelo Real e o aumento do poder aquisitivo de parte da população – a renda do brasileiro calculada em reais é hoje 29% maior que no início do plano – já nos deram mostras disso. Basta observar a explosão registrada também no mercado de seguros. Apenas de 1993 a 1997, o volume de negócios no setor cresceu 198%.

Por todos esses motivos, as perspectivas da previdência privada no Brasil do século 21 são as melhores possíveis. Seja garantindo o nível de renda do trabalhador, seja fornecendo bases sólidas para o desenvolvimento, a atividade é essencial para assegurar o bem-estar da população. Diante do cenário atual, com a falência do modelo oficial e a conscientização do cidadão, o crescimento do mercado da previdência complementar é inevitável.

Edição número 97, setembro-outubro 1999



Um Compromisso de Longo Prazo

RICARDO PEREIRA CÂMARA LEAL

A escolha de um fundo de previdência privada aberta (FPP) é uma decisão muito importante e um compromisso de longo prazo para o poupador. Por isso, ela deve ser tomada com muito cuidado. Os benefícios fiscais dos FPP são bem conhecidos. As contribuições são dedutíveis até o limite de 12% da renda bruta. A dedução das contribuições para o FPP gera uma economia em imposto de renda que pode ser usada para o consumo ou para o investimento. Alternativamente, o investidor pode decidir poupar por conta própria em um fundo mútuo de investimento, seja de renda variável ou de renda fixa. Neste caso, todo o rendimento está sujeito ao recolhimento mensal da tributação. No caso do investimento em um FPP, não há tributação durante o período de rendimento. A tributação somente é feita no momento do saque dos recursos do fundo. Este é um segundo benefício fiscal de um FPP. Pode-se pensar que o Governo, ao adiar o pagamento do imposto, concede um subsídio que é o valor do reinvestimento do imposto que deixou de ser pago a cada mês.

Além desses aspectos tributários, todo fundo de investimento cobra taxas de administração que são, em geral, calculadas diariamente mas que são recolhidas mensalmente na forma de um percentual sobre o patrimônio do cliente. Alguns FPP somente cobram taxas

de administração quando seu rendimento supera a inflação. No caso dos FPP, ainda pode haver o carregamento, que é um percentual deduzido de cada contribuição feita pelo poupador a título de cobrir os custos operacionais e os riscos da Entidade de Previdência Privada. Por exemplo, se a taxa de carregamento é de 5%, para cada R\$ 100 poupados no FPP, somente R\$ 95 serão investidos.

O objetivo deste artigo é ilustrar o impacto das taxas de administração e de carregamento sobre o valor poupado ao final de um horizonte de tempo. O artigo também irá ilustrar a importância da decisão de reinvestir ou consumir a economia de imposto de renda gerada pelo benefício fiscal oferecido pelos FPP¹. Os resultados das simulações apresentadas indicam que o poupador deve procurar saber a respeito das taxas de administração e de carregamento porque elas fazem muita diferença na riqueza final acumulada pelo poupador ao final do horizonte de tempo de investimento. Em alguns casos, as taxas podem ser tão desfavoráveis nos FPP que anulam os benefícios fiscais produzidos, sugerindo que o investidor deveria poupar usando apenas fundos mútuos de investimentos. A decisão de reinvestir ou consumir a economia de Imposto de Renda gerada pelo investimento em FPP nem sempre é um aspecto considerado pelo poupador. Entretanto, ela faz muita diferença na riqueza acumulada ao longo do tempo.

A escolha de um FPP, portanto, deve contemplar diversos aspectos. Embora as vantagens tributárias sejam as mesmas para todas as Entidades, nem todas têm a mesma tradição e o mesmo porte. Num investimento de longo prazo, o poupador estará naturalmente preocupado com a saúde financeira do gestor dos seus recursos. Além disso, para diferentes FPP haverá diferentes taxas de administração e de carregamento. Nesse caso, quanto menor forem ambas, melhor. Finalmente, há a forma de investimento dos recursos. A maior parte dos FPP investirá os recursos de forma conservadora, segundo uma alocação de investimentos dominada por títulos públicos federais. Entretanto, a escolha do grau de risco da carteira de cada FPP fica a critério do gestor. O poupador deve procurar obter essas informações da Entidade Previdência Privada.

Alternativamente, o investidor poderá optar por um fundo mútuo de investimentos. Nesse caso, a desvantagem é que o investidor deverá ter bastante auto-disciplina para seguir um plano de poupança e depositar uma certa quantia no fundo todo mês. Já no caso da FPP, a maioria das entidades deduz o valor da contribuição direto da conta corrente do investidor. Tudo se passa como se o investidor tivesse mais uma conta a pagar, tal qual uma contribuição para o INSS ou a sua conta de energia elétrica.

¹ Outros artigos que analisam os fundos de previdência privada abertos são os de Francisco Galiza, “Um estudo comparativo simplificado dos planos de previdência privada aberta sob a ótica do consumidor” (Cadernos de Seguro, p. 6-14, dez., 1997) e “Critérios para Analisar um Plano de Previdência Privada Aberta” (Plano Diretor de Seguros, p. 10-16, abril, 2000).

Planos de poupança

Realizamos uma simulação para ilustrar os problemas de escolha entre um FPP e um fundo do tipo FIF controlando os efeitos da tributação e das taxas cobradas por cada uma dessas alternativas de poupança. A simulação foi feita com o auxílio de uma planilha em Excel^{©2}. Algumas premissas foram consideradas nos cálculos apresentados. Todas as premissas podem ser alteradas na planilha.

Premissas:

1. Desconsideramos a inflação e supomos uma rentabilidade real mensal obtida tanto pelo fundo FIF como pelo FPP de 1% ao mês.
2. A alíquota de tributação do FIF e do FPP é de 20% dos rendimentos.
3. O horizonte de tempo do plano de investimentos é de 20 anos.
4. O investidor poupa 12% da renda bruta, o limite máximo de dedução para o imposto de renda por ano, em 12 parcelas iguais.
5. O investidor tem dois dependentes, pelos quais deduz R\$ 1.080 por ano.
6. O investidor contribui R\$ 3.370 por ano para a previdência oficial.
7. O investidor deduz o limite de R\$ 3.400 por ano em despesas de instrução.
8. O investidor deduz R\$ 2.000 por ano com despesas médicas.

Realizamos simulações do valor acumulado em um FPP ao final de 20 anos em reais de hoje. Variamos a taxa de administração e a taxa de carregamento para cada nível de renda bruta. Usamos taxas de administração que variaram de 0,5% a 6% por ano. Usamos taxas de carregamento de 0%, 2,5% e 5%. Repetimos a simulação para os níveis de renda bruta de R\$ 30 mil, R\$ 50 mil, R\$ 70 mil e R\$ 90 mil por ano. Além disso, mostramos os resultados para dois casos: com e sem reinvestimento da economia em imposto de renda gerada pelo FPP. Reportamos o resultado do investimento em um FIF segundo as mesmas premissas. Os resultados de cada uma dessas simulações encontram-se nos quadros 1 a 4 para cada nível de renda utilizado.

Tomemos o quadro 1 para um nível de renda anual de R\$ 30 mil. Para uma mesma taxa de administração e uma mesma taxa de carregamento, o valor poupado ao final de 20 anos será sempre maior para o FPP, com ou sem reinvestimento de IR, do que para o FIF. Isso se dá devido aos benefícios fiscais do FPP.

A planilha pode ser obtida na Internet do site www.alpine.net/~rleal. A planilha não considera o cálculo de todos os tributos, tais como CPMF e IOF. O autor não se responsabiliza pela precisão ou erros nos resultados obtidos pelos leitores com a planilha nem pelo resultado de decisões de investimento tomadas a partir dessa planilha.

Feito significativo

Entretanto, os FPP podem cobrar taxas de administração mais elevadas que os FIF. Considere ainda o nível de renda de R\$ 30 mil. O investidor teria poupado R\$ 158 mil com reinvestimento do IR ao final de 20 anos em moeda de hoje se o FPP cobrasse 6% de taxa de administração sem taxa de carregamento. O investidor teria apenas R\$ 120 mil em um FIF que cobrasse a mesma taxa de administração. Porém, ele acumularia R\$ 160 mil ao final de 20 anos se encontrasse um FIF que cobrasse apenas 3% de taxa de administração. Seria melhor escolher o FIF como alternativa de poupança se a escolha fosse entre um FIF com taxa de administração de 3% e um FPP com taxa de administração de 6% e taxa de carregamento nula. Basta que o investidor encontre um FIF cuja taxa de administração seja suficientemente menor do que a taxa de administração do FPP para que a poupança através do FIF seja mais vantajosa. Lembramos novamente que há outros aspectos a considerar nessa decisão.

Examinando o quadro 5, o leitor pode perceber que as taxas de administração têm um impacto muito maior do que os custos de carregamento. Para uma taxa de carregamento nula e com reinvestimento do IR, o FPP que cobra 6% ao ano de taxa de administração geraria 53 centavos para cada R\$ 1 gerado pelo fundo que cobra apenas 0,5% de taxa de administração. Entretanto, para uma mesma taxa de administração, digamos 0,5%, o fundo que cobrasse 5% de taxa de carregamento geraria 95 centavos para cada R\$ 1 gerado pelo fundo que não cobra taxa de carregamento. Assim sendo, o custo de administração mais relevante para o poupador é a taxa de administração cobrada pelo FPP.

O efeito da decisão de reinvestir ou consumir a economia de imposto de renda gerada pelo investimento em um FPP é óbvio e significativo. Obviamente, a riqueza final do investidor é sempre maior quando o investidor decide poupar o valor mensal equivalente à economia de imposto na declaração anual de renda além da contribuição mensal já planejada. É sempre melhor poupar mais do que menos. Esse aspecto, embora muito claro, nem sempre é considerado pelo investidor. A maioria das pessoas simplesmente não considera a economia de imposto de renda na hora de poupar e consome essa economia. O efeito ao final de 20 anos é significativo.

Tome novamente o caso do nível de renda de R\$ 30 mil no quadro 1 para uma taxa de administração de 6% e um custo de carregamento nulo. Vemos que o investidor teria acumulado apenas R\$ 125 mil ao final de 20 anos, em vez de R\$ 158 mil quando reinveste a economia de imposto. Bastaria achar um FIF que cobrasse 5% de taxa de administração para que o investidor acumulasse R\$ 132 mil ao final dos 20 anos, o que é maior do que o valor poupado no FPP quando o investidor não tem a disciplina para reinvestir sua economia em imposto de renda. A conclusão é óbvia, os FPP parecem ser muito menos vantajosos se o investidor consumir em vez de poupar a economia em imposto que ele gera.

Simulação de Rendimentos num Período Total de 20 anos em Moeda Constante.

Considera-se uma taxa de rendimentos de 1% ao mês, segundo premissas especificadas no texto, para os níveis de renda bruta de R\$ 30, R\$ 50, R\$ 70 e R\$ 90 mil por ano para: a - Fundos de previdência privada com e sem reinvestimento da economia de imposto de renda; b - Fundo de investimento financeiro, considerando um poupador que investe 12% de sua renda bruta.

Quadro 1**R\$ 30 mil**

Taxa de Carreg.	Nula		2.5%		5%		Não há
Taxa de Administ. por ano	FPP com Reinv. de IR	FPP sem Reinv. de IR	FPP com Reinv. de IR	FPP sem Reinv. de IR	FPP com Reinv. de IR	FPP sem Reinv. de IR	Fundo de Invest. Financeiro
0.5%	299.989	238.402	292.942	232.801	285.896	227.201	207.002
1%	281.749	223.779	275.158	218.544	268.568	213.310	196.583
2%	249.182	197.688	243.406	193.106	237.631	188.524	177.529
3%	221.185	175.277	216.110	171.255	211.035	167.233	160.615
4%	197.081	155.997	192.609	152.457	188.137	148.917	145.587
5%	176.297	139.386	172.345	136.261	168.393	133.137	132.219
6%	158.349	125.050	154.845	122.284	151.342	119.517	120.315

Quadro 2**R\$ 50 mil**

Taxa de Carreg.	Nula		2.5%		5%		Não há
Taxa de Administ. por ano	FPP com Reinv. de IR	FPP sem Reinv. de IR	FPP com Reinv. de IR	FPP sem Reinv. de IR	FPP com Reinv. de IR	FPP sem Reinv. de IR	Fundo de Invest. Financeiro
0.5%	499.982	397.336	488.237	388.002	476.493	378.669	345.004
1%	469.581	372.965	458.597	364.240	447.613	355.516	327.638
2%	415.304	329.480	405.677	321.843	396.051	314.206	295.881
3%	368.642	292.128	360.183	285.425	351.724	278.722	267.692
4%	328.469	259.996	321.015	254.096	313.562	248.196	242.645
5%	293.829	232.310	287.242	227.102	280.655	221.894	220.365
6%	263.913	208.417	258.075	203.806	252.237	199.196	200.525

Quadro 3**R\$ 70 mil**

Taxa de Carreg.	Nula		2.5%		5%		Não há
Taxa de Administ. por ano	FPP com Reinv. de IR	FPP sem Reinv. de IR	FPP com Reinv. de IR	FPP sem Reinv. de IR	FPP com Reinv. de IR	FPP sem Reinv. de IR	Fundo de Invest. Financeiro
0.5%	699.975	556.270	683.532	543.203	667.090	530.137	483.005
1%	657.413	522.150	642.035	509.937	626.658	497.723	458.693
2%	581.425	461.273	567.948	450.581	554.471	439.889	414.233
3%	516.099	408.980	504.257	399.595	492.414	390.211	374.769
4%	459.857	363.994	449.421	355.734	438.986	347.474	339.703
5%	411.361	325.234	402.139	317.943	392.918	310.652	308.512
6%	369.478	291.783	361.304	285.329	353.131	278.874	280.735

Quadro 4

R\$ 90 mil

Taxa de Carreg	Nula		2.5%		5%		Não há
Taxa de Administ. por ano	FPP com Reinv. de IR	FPP sem Reinv. de IR	FPP com Reinv. de IR	FPP sem Reinv. de IR	FPP com Reinv. de IR	FPP sem Reinv. de IR	Fundo de Invest. Financeiro
0.5%	899.968	715.205	878.827	698.404	857.687	681.604	621.007
1%	845.245	671.336	825.474	655.633	805.703	639.929	589.748
2%	747.547	593.065	730.219	579.318	712.892	565.572	532.586
3%	663.556	525.831	648.330	513.765	633.104	501.699	481.846
4%	591.244	467.992	577.827	457.372	564.411	446.752	436.761
5%	528.892	418.158	517.036	408.784	505.180	399.410	396.658
6%	475.043	375.150	464.534	366.851	454.026	358.552	360.945

Simulação de riqueza final relativa de vários FPP's tomando como base o seguinte cenário: FPP com 0,5% de taxa de administração, sem taxa de carregamento e com reinvestimento de todo o imposto de renda economizado pelo poupador.

Quadro 5

Taxa de Carreg.	Nula		2.5%		5%		Não há
Taxa de Administ. por ano	FPP com Reinv. de IR	FPP sem Reinv. de IR	FPP com Reinv. de IR	FPP sem Reinv. de IR	FPP com Reinv. de IR	FPP sem Reinv. de IR	Fundo de Invest. Financeiro
0.5%	1.00	0.79	0.98	0.78	0.95	0.76	0.69
1%	0.94	0.75	0.92	0.73	0.90	0.71	0.66
2%	0.83	0.66	0.81	0.64	0.79	0.63	0.59
3%	0.74	0.58	0.72	0.57	0.70	0.56	0.54
4%	0.66	0.52	0.64	0.51	0.63	0.50	0.49
5%	0.59	0.46	0.57	0.45	0.56	0.44	0.44
6%	0.53	0.42	0.52	0.41	0.50	0.40	0.40

Auto-disciplina

Nem sempre as vantagens fiscais oferecidas pelos FPP são suficientes para torná-los mais vantajosos do que a poupança através de fundos mútuos de renda fixa ou fundos de investimento financeiro (FIF). O FIF pode ser a melhor alternativa se sua taxa de administração for menor que a taxa de administração do FPP para o nível de contribuição mensal planejado. Isso é óbvio mas não é considerado por muitos. As taxas de administração dos FPP podem ser mais altas que as de um FIF da mesma instituição financeira. Entretanto, as contribuições para um FPP são investidas de forma muito semelhante aos depósitos feitos nos FIF conservadores da mesma instituição. É razoável supor que o rendimento do FPP seja similar ao de um FIF conservador.

O custo de administração de maior impacto sobre a riqueza final do poupador é a taxa de administração cobrada sobre o patrimônio acumulado no FPP. O custo de carregamento tem um impacto muito menor sobre a riqueza final. Portanto, o poupador deve se preocupar mais com o valor da taxa de administração cobrada pelo fundo e compará-la com as taxas cobradas por fundos FIF para depósitos mínimos compatíveis com o valor mensal que se deseja poupar.

Finalmente, cabe dizer que muito da vantagem produzida por um FPP com custos de administração iguais aos de um FIF está no reinvestimento do IR economizado a cada ano. Quando o investidor não tem disciplina para fazê-lo, ele abre mão de parte substancial dos rendimentos acumulados no FPP. O FPP ainda geraria uma riqueza ligeiramente maior que a do FIF, mas teria que cobrar taxas de administração pelo menos iguais àquelas que um FIF cobra para depósitos mínimos compatíveis com o valor poupado mensalmente para manter essa vantagem.

Há, entretanto, outros aspectos a considerar. Talvez seja melhor optar pelo FPP se o investidor não tiver autodisciplina para poupar todo mês no FIF. Esses planos em geral funcionam como uma “conta a pagar”, gerando a obrigação do pagamento. Em benefício dos FIF pode-se listar também a maior liquidez. Porém, a facilidade para movimentar os recursos no FIF pode ser uma faca de dois gumes, particularmente para o investidor menos disciplinado. Cabe acrescentar que as taxas de administração e de carregamento de um FPP podem ser negociáveis. O poupador deve ler o contrato atentamente. Muitos FPP também oferecem seguros e diferentes formas de pagamento aos beneficiários que podem ser atraentes para o poupador, possivelmente a um custo adicional. As observações acima não esgotam todos os aspectos na escolha de uma alternativa de poupança de longo prazo. Esperamos, contudo, ter oferecido uma ilustração do papel dos custos de administração dos fundos de investimento e da importância da decisão de poupar e não consumir o benefício fiscal gerado por investimentos em FPP. Os dois aspectos são freqüentemente negligenciados por muitos poupadores.

Flexibilidade e Transparência

LUIZ PEREGRINO VIEIRA DA CUNHA

A experiência demonstra que sistemas previdenciários oficiais oferecem benefícios que respondem apenas parcialmente pela manutenção, pós período laboral, do poder aquisitivo da parcela economicamente mais representativa da população.

Essa parte da sociedade fica, assim, responsável, individualmente, pelo provisionamento dos recursos que irão financiar os benefícios necessários à complementação ou suplementação de seu nível de renda futuro, inclusive através da aquisição de planos de previdência privada, com ou sem a colaboração de contribuições de empregadores.

É de se esperar, portanto, um crescimento significativo do setor de previdência privada aberta, impulsionado pelas normas mais recentemente baixadas pelo Conselho Nacional de Seguros Privados (CNSP) e pela Superintendência de Seguros Privados (Susep) que passaram a permitir a modelagem de planos de benefícios mais flexíveis e transparentes, oferecendo aos participantes maior e melhor nível de informações e reposicionando essa modalidade como alternativa de planejamento financeiro de médio e longo prazos.

Esse conjunto de fatores, conjugado com a possibilidade do participante de transferir, total ou parcialmente, os recursos para outros planos, durante o período de acumulação

de reservas, favorece na redução de custos para participantes e instituidores dos planos de previdência privada aberta.

Neste sentido, merece especial destaque o PGBL (Plano Gerador de Benefício Livre) e, mais recentemente, o aperfeiçoamento – ainda pendente de regulamentação por parte da Susep – das regras de operacionalização dos planos abertos que garantem a reversão de resultados financeiros aos participantes. Aquele primeiro trouxe, de forma equitativa, benefícios para todas as partes envolvidas, podendo-se citar:

- as entidades operadoras passaram a contar com um produto que as exime de assumir riscos financeiros e atuariais durante o período de acumulação de recursos (diferimento);
- apesar de não garantir rentabilidade mínima durante o período de diferimento, como ocorre nos planos tradicionais, há o repasse aos participantes da totalidade dos rendimentos obtidos com a aplicação dos recursos acumulados durante aquele período;
- contrariamente ao que ocorre nos planos tradicionais, o interessado/participante pode, em função de suas necessidades e perfil, escolher, dentre um leque variado de opções, o nível de risco que está disposto a assumir na aplicação dos recursos, desde o mais conservador (aplicações exclusivamente em títulos de emissão do Tesouro Nacional e do Banco Central do Brasil), até o mais agressivo (até 49% em modalidades de renda variável);
- a empresa instituidora de plano de benefício para seus dirigentes e/ou empregados, bem como as associações e entidades de classes profissionais que desejem oferecer esse serviço a seus associados, passaram a ter uma nova alternativa que, com as vantagens retrocitadas, lhes retira, à semelhança dos demais produtos de previdência privada aberta, quaisquer ônus relativos à assunção de riscos previdenciários, financeiros e/ou atuariais.

Condições propícias

Essas normas permitem, também, a modernização dos procedimentos de supervisão e fiscalização do segmento. A obrigatoriedade de aplicação dos recursos daqueles planos em FIF's especialmente constituídos racionaliza a fiscalização pois, enquanto a Susep enfoca, primordialmente, a vertente passiva da operação – ou seja, a adequada constituição de provisões técnicas, segundo as notas técnicas atuarias estabelecidas – o vetor ativo – ou seja, a aplicação dos recursos fica, em última instância, sob cuidado direto do órgão especializado na técnica das operações financeiras, ou seja, o Banco Central do Brasil, a quem cabe supervisionar e fiscalizar os fundos de investimento da espécie e a atuação dos respectivos administradores, instituições financeiras devidamente habilitadas.

É de se mencionar que as referidas medidas vieram complementar, e se conjugam, com uma série de fatores que oferecem condições propícias ao crescimento da previdência privada aberta, a saber:

- a estabilidade econômica verificada após a implantação do Plano Real, que permitiu o planejamento dos orçamentos familiares em horizontes de médio e longo prazos;
- processo de contínuo aperfeiçoamento das questões tributárias, que estimulou o ingresso e a permanência em planos de previdência privada; e
- a mudança de expectativa da parcela da população de início citada, quanto à necessidade de prover recursos suficientes à manutenção de uma renda adequada para o atingimento de metas futuras, inclusive para aposentadoria.

Assim, se constata o registro crescente de novas adesões e, também, do volume de contribuições para os planos de previdência privada aberta:

- enquanto em 1994 foram arrecadados cerca de R\$ 546 milhões em contribuições, no exercício de 1999 esse número cresceu em torno de 6,7 vezes, atingindo o patamar de R\$ 3,8 bilhões;
- no exercício de 2000, até o mês de abril, arrecadaram-se R\$ 1,7 bilhão, sendo que 12,7% representados por contribuições aos PGBL's, ou seja, aproximadamente, R\$ 215 milhões; e
- em termos de provisões técnicas, a partir de um saldo de R\$ 6,8 bilhões, no encerramento do exercício de 1998, com inexpressiva participação dos PGBL's – que começaram a ser incipientemente comercializados no 2º semestre daquele ano – chegou-se, em abril do corrente, a um total de recursos da ordem de R\$ 11,3 bilhões, dos quais, já em torno de 7,25% representados por reservas de planos estruturados na nova modalidade.

Edição número 102, julho-agosto 2000

Os 20 anos de criação da revista *Cadernos de Seguro* são homenageados nesta coletânea editada pela Funenseg. São 34 artigos, publicados entre 1981 e 2001, assinados por alguns dos maiores especialistas no mercado de seguros brasileiro.

Os dois volumes de *Cadernos de Seguro Coletânea* trazem os temas riscos pessoais, vida, saúde, acidentes do trabalho, previdência privada, contrato de seguro, seguro garantia, responsabilidade civil, seguro automóvel, fraude, internet, marketing, corretor de seguros, resseguro e capitalização.

Cadernos de Seguro Coletânea faz parte do círculo de lançamentos da Funenseg em homenagem aos 30 anos de atividades da Escola e aos 50 anos de criação da Fenaseg.

CADERNOS
DE SEGURO