UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

Instituto de Economia

Este exemplar corresponde ao original da tese defendida por Laura Tavares Ribeiro Soares em 05/06/95 e orientada pelo Prof. Dr. Wilson Cano.

CPG/IE, 05/06/95

AJUSTE NEOLIBERAL E DESAJUSTE SOCIAL NA AMÉRICA LATINA

LAURA TAVARES RIBEIRO SOARES

Tese de Doutoramento apresentada ao Instituto de Economia da Universidade Estadual de Campinas sob a orientação do **Prof. Dr. Wilson Cano.**

Campinas, Junho de 1995

IFCH/UNICAMP
Seção
25 014
433/95
R$ 11,00
12/01/95
N.º CPD
CM-00072108-3

Ficha catalográfica elaborada pelo
CEDOC/IE/UNICAMP

Solla

Soares, Laura Tavares Ribeiro
Ajuste neoliberal e desajuste social na América Latina / Laura Tavares Ribeiro Soares. - Campinas, SP : [s.n.] , 1995.

Orientador : Wilson Cano.
Tese (Doutorado) - Universidade Estadual de Campinas. Instituto de Economia.

1. Política social - América Latina. 2. Problemas sociais - América Latina. I. Cano, Wilson. II. Universidade Estadual de Campinas. Instituto de Economia. III. Título.

"A novidade que tem no *Brejo da Cruz* é a criançada se alimentar deluz"

CHICO BUARQUE DE HOLANDA

AGRADECIMENTOS

Do curso de Enfermagem no Chile em 1972 até o doutorado em Economia do Setor Público na área de Política Social em 1995, foi um longo e diversificado trajeto. O que une essas duas pontas ? A preocupação com o social e a ligação com a América Latina. A marca registrada dessa trajetória - como militante da igreja católica e de partidos políticos de esquerda, como estudante e professora de Enfermagem, como sanitarista e gestora de programas de saúde - foi muito mais o trabalho militante e profissional do que propriamente a atividade intelectual e acadêmica. As duas únicas incursões neste sentido foram o curso de mestrado em Saúde Pública em 1982 e agora este doutorado, para o qual fui atraída por seu propósito original de formar gestores do Setor Público com uma compreensão mais abrangente e profunda dos problemas econômicos, sociais e políticos do nosso país.

Neste "gracias a la vida que me ha dado tanto", quero lembrar-me de todos aqueles que propiciaram as oportunidades profissionais e intelectuais ao longo desse trajeto: ao povo chileno que me acolheu e me deu formação básica; ao Dr. Samuel Penha Vale pelo incentivo à carreira de sanitarista na Secretaria de Saúde do Estado do Rio de Janeiro; à Professora Vilma de Carvalho da Escola de Enfermagem Anna Nery da UFRJ que convidou-me para ser professora dessa casa; à Escola Nacional de Saúde Pública da FIOCRUZ, onde me formei como Sanitarista; à minha querida Ana Teresa Pereira da Silva, responsável pela minha passagem pelo INAMPS naquele promissor início da Nova República; a José Noronha, que me confiou sua "menina dos olhos", o Programa Especial de Saúde da Baixada Fluminense, o PESB, certamente minha mais importante experiência profissional; ao povo da Baixada Fluminense, com quem aprendi lições de dignidade e humanidade; e, finalmente, aos colegas e professores do Doutorado do Instituto de Economia da UNICAMP, que me ajudaram a ingressar nesta empreitada intelectual e acadêmica.

Na realização desta tese, contei com a leitura atenta, dedicada e meticulosa do meu orientador, Professor Wilson Cano, que compreendeu e acolheu minha disposição em aventurar-me, além do meu projeto original, por espaços um pouco mais amplos. Agradeço especialmente à Professora Sulamis Dain pelo convite para realização do estudo comparativo sobre os sistemas de Seguridade Social na América Latina, matriz inicial deste trabalho.

Na realidade esta tese é muito mais um ponto de partida do que propriamente de chegada, na medida em que será o roteiro de trabalho para os próximos anos em minhas atividades de ensino e pesquisa. Para seu aperfeiçoamento, conto com as valiosas e decisivas contribuições dos Professores José Luís Fiori, Sulamis Dain, Carlos Alonso e Paulo Baltar, a quem agradeço por participarem da banca examinadora.

Finalmente, seguindo a praxe, mas sobretudo o meu desejo, não poderia deixar de incluir neste "gracias a la vida" aqueles com quem tenho laços afetivos mais estreitos e que me ajudam a viver: meu filho Ivan, meu irmão Bruno, meu companheiro Paulo (tão atencioso e prestativo ao longo deste período) e minha mãe Maria da Conceição, com quem aprendi o fundamental nesta vida e a quem dedico esta tese e todo o meu trabalho.

AJUSTE NEOLIBERAL E DESAJUSTE SOCIAL NA AMÉRICA LATINA

pág.

APRESENTAÇÃO **01**
INTRODUÇÃO **06**
CAPÍTULO I: AMÉRICA LATINA
1 - As políticas de ajuste neoliberal na América Latina 13
2 - A desigualdade social na América Latina: componentes estruturais e impacto dos processos de ajuste 21
3 - Política Social em situações de crise e de ajuste neoliberal na América Latina 36
4 - Política Social e combate à Pobreza 50
5 - Financiamento da Política Social na América Latina 67
6 - Gasto Social latinoamericano 78
7 - Desenvolvimento dos Sistemas de Seguridade Social na América Latina 88
8. Experiências de Política Social na América Latina:
8.1 - Chile: o exemplo pioneiro de reforma neoliberal 106
8.2 - México: as tentativas neoliberais de ajuste nos programas sociais 132
8.3 - Alguns traços da política social na Argentina 150
8.4 - Bolívia: política social e extrema carência 166
CAPÍTULO II: BRASIL
1 - As especificidades das Políticas de Ajuste Neoliberal no Brasil 175
2 - Brasil: desigualdades sociais e pobreza nos anos 80 e início dos anos 90 181
3 - A trajetória recente da política social brasileira 250
4 - Financiamento da Política Social no Brasil 260
5 - Gasto Social no Brasil 273
6 - As políticas setoriais da Seguridade Social: 288
6.1 - Saúde 292
6.2 - Previdência Social 316
6.3 - Assistência Social 341
7 - A Seguridade Social na Constituição, a legislação complementar e as propostas de reforma 366
8 - Políticas e Programas de combate à pobreza no Brasil 395
DISCUSSÃO FINAL E CONCLUSÕES 410
BIBLIOGRAFIA 433

APRESENTAÇÃO

Diversas teses do Instituto de Economia da UNICAMP têm dado conta do impacto econômico dos processos de ajuste e/ou estabilização implementados no Brasil. Inserida na área de concentração de Política Social, desenvolvida a partir de uma linha de investigações e estudos sobre Políticas Públicas do Doutorado de Economia do Instituto de Economia da UNICAMP, esta tese tem como objeto o impacto **social** das Políticas de Ajuste Neoliberal na América Latina nos anos 80 e início dos anos 90. Esse impacto social é aferido através da análise do agravamento das condições sociais e, sobretudo, da deterioração das Políticas Sociais na região. As Políticas de Ajuste Neoliberal são entendidas aqui como aquelas que compreendem não apenas as propostas e medidas de caráter econômico mas também as de caráter político-institucional que afetaram as políticas públicas em geral e as políticas sociais em particular. Entre as Políticas Sociais, serão enfocadas aquelas incluídas no âmbito da Seguridade Social (Saúde, Previdência Social e Assistência Social), com destaque para as políticas e/ou programas dirigidos à população considerada pobre ou carente.

É sob determinados marcos histórico-estruturais, e num contexto de crise econômica e ajuste neoliberal, que se desenrola esse objeto, o qual é desdobrado nos seguintes aspectos:

- Consequências dos ajustes em termos de criação e/ou agravamento de situações sociais de desigualdade e pobreza.

- Demandas sociais geradas por essas situações: compatibilidade com as restrições impostas às políticas sociais e resolutividade das estratégias "alternativas" de políticas e/ou programas sociais postas em prática em diversos países latinoamericanos.

- Características comuns e especificidades dos impactos sofridos pelas Políticas Sociais a partir das experiências de ajuste econômico em diferentes países da América Latina.

- Aplicabilidade de soluções de tipo "padrão" preconizadas por órgãos internacionais, tanto para as políticas econômicas como para as sociais, para todas as situações latinoamericanas, caracterizadas por grande heterogeneidade e complexidade.

- Mudanças conjunturais (redução temporária dos gastos sociais, por exemplo) e/ou estruturais (mudanças nas estruturas de financiamento e de gestão das políticas, bem como no perfil dos beneficiários, como a extinção da universalidade, por exemplo) provocadas por essas experiências.

- Estruturação da Política Social anterior ao ajuste neoliberal (inserção no Setor Público como um todo; padrões de financiamento; organização político-institucional; tipo de cobertura; etc.) e influência dessa estruturação prévia nos resultados obtidos com a implementação do ajuste.

- Alterações nos mecanismos de gestão das Políticas Sociais: impactos das reformas administrativas; as experiências de "modernização" na gestão das Políticas Sociais; centralização versus descentralização (o discurso descentralizador e a prática centralizadora de recursos; as operações "desmonte"; a descentralização face a problemas e serviços de maior complexidade e escala; a descentralização e a democratização dos serviços; a descentralização e a equidade; e a descentralização e a efetividade, eficácia e eficiência dos serviços).

- Alterações no caráter público dos Serviços Sociais: as relações público-privadas nas políticas sociais; a privatização dos serviços sociais.

- Alterações no caráter das Políticas de Seguridade Social: na extensão de sua cobertura; modificações na progressividade ou regressividade; modificações na estrutura da demanda (por exemplo no perfil dos beneficiários da Previdência Social); diminuição da universalidade versus aumento da seletividade, ou utilização de mecanismos de focalização; modificações na estrutura da oferta de serviços sociais ("racionalização" dos serviços, entendida como redução de pessoal, baixos salários, sucateamento da rede física, etc.) como consequencia da redução dos gastos de custeio e de investimentos, avaliando até que ponto o próprio sucateamento da oferta de serviços já não determina por sí um caráter mais seletivo e restrito das políticas sociais.

- Estruturas de financiamento dos Sistemas de Seguridade Social, vigentes e em proposição, no Brasil e nos países da América Latina que realizaram reformas ou estão em vías de fazê-lo em função das políticas de ajuste.

A hipótese central do estudo é a de que as Políticas de Ajuste Neoliberal na América Latina, superpostas à herança social acumulada de natureza histórica e estrutural, não são *neutras*, afetando as Políticas Sociais de duas maneiras: pelo lado da demanda social, a qual ampliou-se e tornou-se mais complexa por conta da deterioração das condições de vida; e pelo lado da oferta de bens e serviços sociais, restringida pelos cortes lineares no gasto social e pela substituição da concepção de direito universal pela de programas focalizados e residuais de combate à pobreza.

Esta hipótese geral, desdobra-se da seguinte maneira:

a) A existência de problemas estruturais de natureza econômica e social nos países latinoamericanos determinou, a partir de suas especificidades históricas e políticas, problemas sociais como a pobreza, além de um "perfil" ou "padrão" particular de política social. No entanto, estes foram também afetados de modo significativo pelas chamadas políticas de ajuste econômico-estrutural implementadas nesses países, particularmente nos últimos vinte anos.

b) O modo pelo qual a situação e a política sociais foram afetadas por essas medidas, também se diferenciou em cada um desses países. Esta diferenciação ocorre, por um lado, pela natureza, extensão e intensidade das medidas de ajuste econômico e, por outro, pelas características da situação social pré-existente e pela estruturação prévia do setor público em cada um desses países, em particular do setor social.

c) As medidas de ajuste econômico tiveram um impacto significativo no financiamento das políticas sociais, sobretudo no sentido da redução da capacidade de arrecadação e do corte linear dos gastos.

Defendemos a tese de que **é primordial o papel das Políticas Sociais** na resolução dos problemas sociais, agravados pelos ajustes, que hoje afligem parcela considerável de latinoamericanos. Entendemos por POLÍTICAS SOCIAIS o conjunto de políticas públicas às quais todos os cidadãos têm direito, e não apenas os programas residuais e tópicos de enfrentamento da pobreza. A contrapartida desta defesa é a recusa da concepção de que **apenas** com a estabilização econômica sucedida de um suposto crescimento econômico seria possível resolver os nossos

problemas sociais. Isto não quer dizer que não reconheçamos a necessidade de uma política de enfrentamento da crise e de recuperação econômica, desde que essa política **não seja recessiva** e esteja **aliada ao desenvolvimento das Políticas Sociais.**

Defendemos ainda que existem possibilidades de elevação do atual patamar de gastos sociais (sobretudo na área de Seguridade Social) - em primeiro lugar revertendo as atuais políticas de contenção do gasto social, e, em segundo lugar, através da ampliação e diversificação da atual base de financiamento das políticas sociais em geral e da Seguridade Social em particular. Quando fazemos esta afirmação, temos como pressuposto que a crise econômica por si só não justifica a extensão do corte no gasto social, estando este determinado por políticas deliberadas de contenção. Dessa forma, tratamos de demonstrar nesta tese que **as possibilidades acima apontadas são incompatíveis com as atuais políticas de ajuste neoliberal.**

Por outro lado, essa **incompatibilidade** também está posta para uma mudança no perfil das Políticas Sociais, no sentido da sua maior universalização e progressividade. Mais ainda, caso essas mudanças não se efetivem, dados os próprios limites impostos pelas políticas de ajuste, as soluções de tipo "alternativas" propostas por essas políticas neoliberais, de caráter pontual e passageiro, contando apenas com a "solidariedade da comunidade", não deram e não darão conta dos problemas sociais latinoamericanos, sobretudo dos brasileiros, cuja magnitude e complexidade são muito maiores.

O conteúdo da tese está organizado em uma Introdução geral, dois grandes Capítulos - um referente à **América Latina** e outro dedicado especificamente ao **Brasil** - mais uma Conclusão. Na Introdução, abordamos, de forma bem geral, o processo de ajuste global nos países centrais e periféricos, como pano de fundo e como ponto de partida do nosso problema. A especificidade desse processo de ajuste para a América Latina e para o Brasil é tratada no início dos respectivos capítulos.

Em ambos os capítulos - América Latina e Brasil - estão sendo analisados os seguintes pontos principais:

1. Caracterização dos respectivos processos de ajuste.
2. Configuração da desigualdade social e os impactos dos processos de ajuste sobre as mesmas, sendo enfocados os principais Indicadores Sociais e suas modificações durante os anos 80 e início dos anos 90. O impacto das Políticas de Ajuste Neoliberal sobre as condições de desigualdade social e pobreza pode ser de duas naturezas: uma primeira que diz respeito ao agravamento das situações sociais pré-existentes; e uma segunda que se refere à geração de novas situações de desigualdade social e pobreza, como o surgimento de novos grupos sociais em condições de precariedade de emprego e renda (os "novos pobres"), bem como a passagem de grupos em condições de pobreza para condições de miserabilidade ou indigência.
3. Comportamento das Políticas Sociais latinoamericanas diante do agravamento dos problemas de desigualdade social e pobreza apontado anteriormente. São abordadas as características gerais da Política Social, em condições de crise e de ajuste, analisando seus contornos neoliberais, propositivos e práticos. Na sequência são apresentadas e discutidas as políticas sociais focalizadas no combate à pobreza, como um dos eixos centrais da estratégia neoliberal para a área social. Segue-se um panorama do Gasto Social no continente, indicador sensível

não apenas às alterações cíclicas da economia, mas também à introdução de políticas de retração do gasto público. O Financiamento das Políticas Sociais também sofre influência não apenas das crises econômicas, mas se modifica em função das medidas de ajuste, travestindo-se de novas formas, aparentemente mais "ágeis", como os Fundos Sociais. Finalmente, se analisa o desenvolvimento de um conjunto de políticas sociais, que compõem o núcleo central dos Estados de Bem-Estar, sob a denominação de Seguridade Social.

No que se refere a este último ponto, o Capítulo I - **América Latina** - inclui o estudo de experiências latinoamericanas de política social consideradas como referenciais nas diversas tentativas de ajuste neoliberal. Ao lado da experiência paradigmática do Chile, considerado o caso pioneiro em todos os sentidos, são abordadas as experiências do México, da Argentina e da Bolívia. O propósito central deste capítulo é o de destacar, por trás das diferenças entre os países, a às vezes assustadora semelhança com que se revestem as propostas e as práticas neoliberais em termos de política social. Ficam também evidentes os limitados resultados, para não dizer fracassos, que têm demonstrado essas políticas, sobretudo face à crescente complexidade que assumem os problemas sociais agravados pelas diferentes políticas de ajustamento implementadas nesses países.

O Capítulo II, que trata especificamente do **Brasil**, analisa a trajetória recente de sua Política Social. A "resistência" ao modelo neoliberal é verificável até o final dos anos 80, quando tem início a operação "desmonte" das políticas públicas. Mas a grande inflexão, sobretudo na área social, e com mais ênfase ainda na Seguridade Social, se dá após 1990, a partir do governo Collor. Após o impedimento deste último, mesmo com uma grande movimentação política por parte da sociedade que chama a atenção para a problemática social, a reação do ponto de vista governamental, sobretudo a nível federal, é muito tímida e insuficiente diante das demandas crescentes. O patamar mínimo dos benefícios previdenciários, sobretudo das aposentadorias, é garantido por algum tempo, apesar das pressões (ainda vigentes) sobre o salário mínimo. Os avanços na Assistência Social se dão apenas no terreno legislativo. Na área de Alimentação e Nutrição, a paralisia é total, com uma tentativa de retomada a partir do Plano de Combate à Fome e à Miséria. Na área da Saúde o caos se instala, com uma brutal redução dos recursos de custeio e uma completa paralisação nos investimentos em manutenção e ampliação da rede de serviços. A Saúde é seguramente o setor onde o retrocesso se torna mais visível em todos os sentidos. A palavra de ordem para aqueles que ainda defendem o Sistema Unificado de Saúde público e universal é "fazer cumprir a lei". Estes três setores que compõem a Seguridade Social - Previdência, Assistência e Saúde - são analisados, nos últimos doze anos, em termos de evolução institucional, desempenho e gasto.

No terreno do combate à pobreza no Brasil, é analisado o Plano de Combate à Fome e à Miséria, o qual, apesar da intensa mobilização social e inovação institucional com a criação do CONSEA (Conselho Nacional de Segurança Alimentar), apresenta por parte do governo federal ações pontuais e muito limitadas. São também revistas e discutidas algumas propostas hoje em pauta no combate à pobreza, como o Programa de Renda Mínima e a extensão e ampliação dos chamados Benefícios Assistenciais.

O impacto das medidas de ajuste sobre o financiamento das políticas sociais, sobretudo no sentido da redução linear dos gastos, apontado acima, é largamente comprovado no Brasil, tanto no período Collor, como no período recente Itamar Franco-transição governo FHC, quando, em nome do *superávit* fiscal, foram implementadas medidas de cortes orçamentários e de esterilização de recursos para as áreas sociais (via Fundo Social de Emergência).

Por último, a título de **Conclusão** geral da tese, além da discussão final das hipóteses aqui levantadas, são sintetizadas as principais idéias e proposições extraídas a partir de todo o trabalho.

INTRODUÇÃO

Quarenta anos depois da primeira grande crise do Capitalismo no século XX, os países industrializados experimentam uma segunda crise, que se prolonga pela década de 80, cujas consequencias em termos de desequilibrios macroeconômicos, financeiros e de produtividade se espalham pela economia internacional.

A crise financeira e do comércio internacional e a inflação crônica associada ao baixo crescimento econômico (dando origem a um novo fenômeno chamado de estagflação), são as manifestações mais importantes dessa crise global. A crise também é produtiva dadas as mudanças no paradigma tecnológico, denominado como "3a.Revolução Industrial" ([1]).

Seus impactos e consequencias, bem como as soluções para o seu combate, além das determinações mais gerais dadas pela própria etapa de desenvolvimento do capitalismo, se diferenciam entre os países pela inserção internacional de suas economias e pelos particulares desenvolvimentos históricos, que determinam respostas sociais e políticas específicas.

É o avanço do capitalismo, portanto, através do aumento da rivalidade entre suas corporações gigantes, "solidarizando" os espaços econômicos nacionais, homogeneizando os padrões de produção e consumo e introduzindo profundas diferenças sociais nas áreas de penetração recente, que determina a tão propalada decadência do "estatismo". Ou seja, o intenso processo de internacionalização dos mercados, dos sistemas produtivos e da tendencia à unificação monetária e financeira que o acompanharam, levaram à uma perda considerável da autonomia dos Estados Nacionais, reduzindo o espaço e a eficácia de suas políticas econômicas e demonstrando a precarização de suas políticas sociais.

Essa é a base real para a crise do Estado Capitalista, crise esta que levou economistas, ideólogos e políticos a lançarem mão do velho ideário do liberalismo econômico, constituindo-se num movimento intitulado de "retorno à ortodoxia", que deu origem às teses monetaristas e neoliberais que passam a nortear as políticas econômicas de boa parte do mundo a partir do final da década de 70.

Os dois países que lideram a implantação da política neoliberal a nível mundial são a Inglaterra e os EUA.

Na Inglaterra, com o advento do "tatcherismo", a chamada "contra-revolução monetarista" ([2]) em oposição à "revolução keynesiana", consiste na aplicação do receituário Friedmaniano de contração monetária, eliminação do Estado como agente econômico, drástica redução do tamanho e dos gastos com o "Welfare State", e a "liberalização" do mercado. Os resultados dessa política, em síntese, foram a recessão e o desemprego, entre outros, evidenciando uma política deliberada de depressão no sistema produtivo, atingindo seu objetivo implícito: o da valorização internacional da libra.

A adoção do credo ortodoxo nos EUA, centro dominante do capitalismo industrial, traz além das implicações internas, graves consequencias para o resto do mundo, em particular para a América Latina.

Esse credo nos EUA assumiu uma outra roupagem intitulada de "economia da oferta", onde o Estado também é a causa de todos os males: a estagflação é o resultado do excesso de oferta monetária, impostos e regulamentação do mercado. Portanto, a receita para que os EUA retomem a posição hegemônica é a volta ao "liberalismo econômico", mediante a redução da carga fiscal, contração da oferta monetária, eliminação dos vários tipos de regulamentação do mercado e o restabelecimento do dólar como moeda forte e padrão de referência internacional.

Com relação à América Latina, os efeitos devastadores da crise financeira e a explosão da crise da dívida externa nos anos 80, levam à um reforço do modelo que vinha sendo aplicado em alguns países (3) desde meados da década anterior pelo Banco Mundial, o FMI e o Governo dos EUA, no chamado "Consenso de Washington".

O "novo" enfoque, chamado de "ajuste estrutural", pretende desencadear as "necessárias" mudanças através de políticas liberalizantes, privatizantes e de mercado. Trata-se do mesmo esquema conceitual denominado em alguns países de "neoliberalismo", também identificado como "liberalizante-privatizante" (4).

A proposta se resume, para o chamado curto prazo, em diminuir o déficit fiscal reduzindo o gasto público; aplicar uma política monetária restritiva para combater a inflação e fazer prevalecer uma taxa de juros "real positiva" e um tipo de câmbio "real adequado". A médio prazo os objetivos seriam transformar as exportações no motor de crescimento; liberalizar o comércio exterior; atenuar as regulações estatais maximizando o uso do "mercado"; concentrar o investimento no setor7 privado, comprimindo a presença do setor estatal e promover uma estrutura de preços sem distorções.

Por trás de todas essas medidas está a idéia central de que é o livre jogo das forças de mercado, sem nenhuma interferência, que levaria à uma melhor utilização dos fatores produtivos em "benefício de toda a coletividade".

Essa tese de que só o funcionamento livre da economia logra uma distribuição racional dos recursos traz consigo a idéia de "neutralidade" com um enorme poder de persuasão. A ênfase colocada em uma suposta "assepsia doutrinária" permite que essas idéias sejam difundidas e aplicadas completamente "fora de lugar".

Evidentemente ao buscarmos as reais motivações subjacentes à defesa desses princípios, encontramos interesses econômicos e políticos bem definidos. Assim, por exemplo, a teoría clássica do livre comércio serve para formular um esquema de divisão internacional do trabalho que vem respondendo a interesses dominantes tanto no "centro" como na "periferia" (5).

O modelo neoliberal que propõe para a América Latina a liberalização comercial e financeira a todo custo entra em aberta contradição com o momento atual de intenso neoprotecionismo nos países centrais. Na realidade, esse modelo de caráter monetarista se reduz à implantação de políticas macroeconômicas que tem por objetivo restabelecer o equilíbrio da balança de pagamentos (para

pagar a dívida externa e as importações) e controlar a inflação através de medidas recessivas. Por outro lado, a suposta integração na economia internacional através dessa liberalização pressupõe que a indústria nacional desses países não só não seria afetada como aumentaria a sua "competitividade" e a sua "eficiência". Tudo isto produto apenas das "forças livres do mercado" e sem a interferência do Estado. É o que Bittar chama de a "industrialização espontânea" (6).

A realidade de um capitalismo transnacional oligopolista, com o predomínio da grande empresa que detém o poder de ditar as regras, e onde as economias em desenvolvimento tiveram que contar com a decisiva participação do Estado para as suas respectivas industrializações, coloca em xeque esse modelo neoliberal (7).

Segundo TAVARES E FIORI(1993), as políticas de ajuste ocorridas na década de 80 (após a crise da dívida externa de 1982) fazem parte de um movimento de "ajuste global", o qual desenvolve-se num contexto de globalização financeira e produtiva. Esse processo de ajuste global na economia mundial caracteriza-se por um rearranjo da hierarquia das relações econômicas e políticas internacionais, feito sob a égide de uma doutrina neoliberal, cosmopolita, gestada na capital política do mundo capitalista, denominada o "Consenso de Washington".

O referido "Consenso" caracteriza-se por "um conjunto, abrangente, de regras de condicionalidade aplicadas de forma cada vez mais padronizada aos diversos países e regiões do mundo, para obter o apoio político e econômico dos governos centrais e dos organismos internacionais. Trata-se também de políticas macroeconômicas de estabilização acompanhadas de reformas estruturais liberalizantes" (8).

Essas "reformas estruturais" de cunho neoliberal - centradas na desregulamentação dos mercados, na abertura comercial e financeira, na privatização do setor público e na redução do Estado - assumiram (sobretudo a partir de 1985) uma convergência forçada nas medidas "recomendadas" pelo Banco Mundial, que foram ganhando força de doutrina constituída, sendo aceita por praticamente todos os países. Por outro lado, as políticas macroeconômicas propostas pelo FMI vêm mudando de natureza, acompanhando *ex-post* os problemas surgidos a partir das experiências de estabilização em vários países. As divergências a esse "consenso global" também surgiram, paradoxalmente, em Washington, no interior do governo Clinton.

As políticas de ajuste neoliberal, do ponto de vista político, passaram por duas inflexões importantes: o Plano Baker (1985), que colocava a necessidade de pensar a estabilização juntamente com o crescimento, convidando as agências financiadoras internacionais e os bancos comerciais a financiarem os "esforços" de ajuste e as reformas estruturais de maior maturação; e o Plano Brady (1990), que reconhecia a inevitabilidade de uma renegociação do pagamento das dívidas como forma de desafogar financeiramente os países devedores (9).

A partir, portanto, de meados dos anos 80, o ideário propositivo sobre as políticas de ajuste nas economias "não-industrializadas" passou a incorporar algumas dimensões de natureza "corretiva".

Em uma delas, que dizia respeito ao papel do Estado, alguns autores passaram a discutir o chamado "paradoxo ortodoxo" (Kahler,1992) ou "paradoxo político das reformas liberais" (Fiori, 1992a), qual seja o problema de como conduzir uma transição que tinha no **Estado** o artífice da

reforma principal: a reforma de si mesmo. Este problema só ficaria conceitual e praticamente "equacionado" quando, mais adiante, passou-se a ver a transformação do Estado como parte - lenta e complexa - da construção de um novo modelo de desenvolvimento. Dessa forma, evoluiu-se da idéia de "minimização" do Estado para a sua "reconstrução". Note-se, porém, que trata-se de idéias, adotadas apenas por alguns ([10]) e nem sempre (em quase nenhum caso) implementadas na prática.

Outra dimensão "corretiva", que nos interessa particularmente nesta tese, passava pela preocupação com os "programas para os pobres" (*pro-poor programs*) do Banco Mundial, expressa no documento "World Development Report 1990: Poverty" contendo indicadores do agravamento da pobreza produzido pela crise, somado aos efeitos das políticas de ajuste. Essa preocupação evolui com a publicação dos documentos da UNICEF -"Adjustment with a Human Face", 1987 - e do BID em conjunto com o PNUD -"Reforma social y pobreza", 1993 ([11]). Através da avaliação que fazemos nesta tese dos programas de combate à pobreza implementados por governos latinoamericanos, pode-se constatar que os documentos acima, embora indubitavelmente sinalizem uma mudança no discurso, não passaram deste plano.

TAVARES E FIORI (op.cit.) destacam o caráter contraditório de todo esse processo, por eles denominado de **Desajuste global**. Anteriormente, TAVARES (1992) já denominava as políticas de ajuste e reestruturação nos países centrais de **Modernização Conservadora**. Os principais pontos críticos dessas políticas eram os seguintes ([12]):

1) Comparativamente, os países anglo-saxônicos - EUA e Inglaterra - disseminadores das políticas ultra liberais de ajuste e desregulação, tiveram menos "sucesso" que aqueles países de capitalismo organizado - como o Japão e a Alemanha - ou de forte regulação e presença do Estado no sistema bancário - como a França, a Itália e a Coréia.

2) Os ajustes automáticos do balanço de pagamentos patrocinados pelos EUA e FMI, não só foram um fracasso, como produziram efeitos perversos sobre a instabilidade financeira global e sobre a crise financeira da América Latina e de outros países periféricos.

3) O terceiro ponto crítico, foi o **caráter desigual da modernização** em termos de países, empresas e pessoas, levando a uma distribuição regressiva dos benefícios do progresso técnico. A forma como foi feita a "socialização" das perdas levou, entre outras coisas, a uma crise fiscal de contornos estruturais e a transferências patrimoniais de grande porte.

Este último aspecto, que se relaciona mais de perto com o tema desta tese, também foi chamado por TAVARES de "transformação produtiva **sem** equidade" ([13]). Neste caso o **caráter global da modernização está dado pelo sentido comum de agravamento das desigualdades e de produção de excludência**. Esse tipo de transformação produtiva caracteriza-se pelo caráter restrito e concentrado das mudanças tecnológicas em poucos países, bem como numa **distribuição desigual dos frutos do progresso técnico e dos custos sociais das políticas de ajuste e reestruturação**. Estes custos sociais têm sido pagos primordialmente pelos países periféricos, mas, de modo geral, houve uma piora nos padrões de equidade social herdados do padrão de desenvolvimento do pós-guerra.

Os países centrais reservaram para sí os avanços científicos e tecnológicos, os núcleos de expansão e diversificação produtiva, os fluxos de comércio e de capitais. "Todo o processo de desenvolvimento dos centros em áreas concêntricas de circularidade virtuosa, com exclusão e deterioração das relações com a periferia, ocorreu exatamente como está descrito no ensaio seminal de Raúl Prebisch, com a agravante para a América Latina de seguir mergulhada numa crise financeira externa, que não existia em 1947-49" ([14]).

Por outro lado, no interior dos países centrais também houve uma distribuição desigual dos custos sociais: estes foram pagos, na maioria dos países, pelos Estados (crise financeira), pelos sindicatos, e pelo emprego da força de trabalho. A crise do mercado de trabalho, no entanto, se bem foi agravada pelas políticas recessivas de ajuste, é de natureza estrutural. Justificado pelas mudanças tecnológicas, o chamado processo de "flexibilização" foi tão contundente e generalizado que, mesmo diante do crescimento econômico, ainda não foi resolvido. Além disso, o emprego dos mais jovens, dos mais velhos e das mulheres, torna-se um problema estrutural adicional. Outras consequencias dessa repartição desigual dos custos foram: a distribuição pessoal da renda piorou com o aumento da dispersão salarial; houve ampliação dos autônomos com rendimentos desiguais e o surgimento de uma "casta" *yuppie* de rentistas; foram gerados bolsões de pobreza, sobretudo nos EUA e na Inglaterra; e foram desmontados os mecanismos compensatórios do "Welfare State", sobretudo em função da crise fiscal. Esta crise fiscal, que chegou a apresentar magnitude semelhante à dos países periféricos, esteve associada tanto às políticas de ajuste quanto à reestruturação da atividade econômica e da população econômicamente ativa ([15]).

Outra razão da crise fiscal, pelo lado do gasto corrente, associada às políticas de ajuste, tornou-se visível pelo peso adquirido nos EUA e nos **países periféricos**: trata-se do peso crescente dos serviços financeiros externos e/ou externos da dívida pública. Esta influência crescente dos serviços financeiros (advinda das operações ativas com títulos públicos nos mercados monetários para regular os desequilíbrios de balanço de pagamentos), provocou um resultado estrutural importante: **o agravamento da distribuição da renda e da riqueza nacional no interior dos países**, gerando uma enorme concentração de riqueza privada na década de 80. Além disso, esse enorme incremento da renda e da riqueza na última década não apenas foi apropriado privadamente de forma muito concentrada, como, em função dos "paraísos fiscais" para os agentes transnacionais, não tem bases territoriais delimitadas. Não esquecendo, porém, que a infrar-estrutura física e social tem sido paga, em todos os casos, pelos Estados Nacionais. Neste contexto, as reclamações contra o peso e a ineficiência do Estado por parte dos neoliberais, "bem colocados em termos de renda e riqueza pessoal nos circuitos privilegiados...parecem de um cinismo aterrador..." ([16]).

No que tange às **Políticas Sociais**, onde já havia um Estado de Bem-Estar Social montado, profissionalizado e com recursos abundantes de financiamento, as políticas de ajuste estrutural sofreram resistências concretas, tanto da burocracia de Estado quanto das populações-alvo. Os exemplos clássicos são, no mundo desenvolvido, a Inglaterra de M. Tatcher e, no subdesenvolvido, o Chile do Gal. Pinochet. Isto não deve ser confundido com o fato de que o caráter recessivo das políticas de ajuste econômico provocou, em quase todos os casos, **cortes lineares do gasto social e**

deterioração dos padrões do serviço público. No entanto, para os países onde não existia o Estado de Bem-Estar Social - ou seja, políticas sociais de caráter universal - como, por exemplo, na Espanha e no México, os impactos das políticas de ajuste sobre a pobreza e a desigualdade social vieram mais pelo lado econômico - abertura comercial, deslocalização de indústrias e atividades e desemprego - do que pelo lado da distribuição de aparelhos de política social. Uma vez que estes não existiam, dependendo da intensidade do ajuste, vários países foram obrigados a fazer programas sociais de caráter emergencial, focalizados, contando com a "solidariedade comunitária". Em todos os casos, porém, **essas políticas foram manifestamente insuficientes para diminuir a desigualdade social e a pobreza pré-existentes**.

No caso oposto, em que já existiam políticas sociais universais (Previdência Social, Saúde, Educação Básica), o desmonte dessas políticas agravou consideravelmente as condições sociais, já de si precárias, em particular no caso dos países da periferia capitalista.

As propostas de focalização no ataque à pobreza e de economicidade e eficiência consagradas no chamado "Consenso de Washington" e, em particular, nos programas do Banco Mundial, a nosso modo de ver, não passam de uma tentativa de "racionalizar" a situação de agravamento geral das situações de pobreza e desamparo social a que foram conduzidos quase todos os países periféricos na última década, independentemente de sua matriz histórica de desenvolvimento econômico e político.

Talvez isso explique a pertinácia com que as instituições multilaterais de financiamento tenham se empenhado em generalizar seu modelo de "reformas estruturais".

No caso do **Brasil** o problema tornou-se particularmente dramático nos últimos anos, tanto do ponto de vista econômico, quanto social. Do ponto de vista econômico, apesar de ter sido o país sulamericano a oferecer maior resistência às políticas de desregulamentação financeira e abertura comercial irrestrita, todos os impactos das políticas de ajuste estão se sobrepondo com grande intensidade e num tempo muito curto. Do ponto de vista **social**, porque o país foi pego a meio caminho na sua tentativa tardia de montagem de um Estado de Bem-Estar Social. Dada a sua massa gigantesca de pobreza estrutural, praticamente excluída dos benefícios do desenvolvimento passado, o país é atingido pelos dois lados, o desenvolvido e o subdesenvolvido. Vale dizer, sofre todos os percalços das políticas de ajuste comuns aos países desenvolvidos e subdesenvolvidos. É disto que trata esta tese.

NOTAS

(1) ver CANO, 1993.
(2) ver VILLARREAL, 1984.
(3) O Chile foi considerado paradigmático na aplicação desse modelo na América Latina.
(4) ver BITTAR, 1988.
(5) ver esses conceitos em PREBISCH, 1979.
(6) ver BITTAR, op.cit.
(7) ver CANO, op.cit.
(8) TAVARES E FIORI, 1993, p.18.
(9) ver Fiori, "Ajuste, Transição e Governabilidade: o enigma brasileiro", in ibid. p.132.
(10) Fajnzylber,1991; Bradford,1991; Iglesias,1992; Rosenthal,1992; Teitel,1992; in Fiori, op.cit., p.136.
(11) ibid.p.133
(12) ver Tavares, "Ajuste e Reestruturação nos países centrais: a modernização conservadora", in Tavares e Fiori, op.cit., p.54.
(13) em oposição à "transformação produtiva com equidade" preconizada pela CEPAL para os anos 90.
(14) ver Tavares, op.cit., in ibid., p.63.
(15) Ver ibid. p.64.
(16) Ver ibid. p.66

CAPÍTULO I: AMÉRICA LATINA

1 - As políticas de ajuste neoliberal na América Latina

1.1 - A base estrutural

Os problemas gerados pelas Políticas de Ajuste Neoliberal são agravados, no caso da América Latina, pelo "peso do passado". Para o seu entendimento, adotamos aqui o conceito de **heterogeneidade estrutural**, entendida como a síntese contemporânea da formação histórica das sociedades latinoamericanas ([1]). Trata-se de uma categoria conceitual ampla, que engloba os traços dominantes das sociedades latinoamericanas contemporâneas, aludindo à coexistência de formas produtivas e relações sociais correspondentes a diferentes fases e modalidades no desenvolvimento da região, mas interdependentes em sua dinâmica no interior de Estados politicamente unificados.

MARSHALL WOLFE definiu heterogeneidade estrutural como "uma situação na qual existem grandes diferenças de produtividade e "modernidade" entre os setores de atividade econômica e dentro deles, existindo, ao mesmo tempo, complexas vinculações de intercâmbio, domínio e dependência dentro de uma "estrutura" socio-econômica nacional em contraposição a supostas situações "dualistas" nas quais coexistem, no território nacional, duas estruturas socio-econômicas - uma "moderna" e outra "tradicional" ou "primitiva" - com escasso intercâmbio entre elas e pouca influência mútua" ([2]).

Nesse conceito são expressas tanto as formas produtivas e relações sociais, que são herança daquelas outras originadas no passado colonial, como as transformações que as sucessivas "ondas" de progresso técnico foram introduzindo nos procedimentos produtivos e nas relações sociais básicas que se articulam em torno dos mesmos. O conteúdo conceitual dessa categoria engloba pelo menos três dimensões dignas de consideração ([3]):

1) Aquela que se refere às estruturas da produção onde coexistem e interagem múltiplos processos técnicos, podendo dar lugar a variadas modalidades de interdependência e complementação técnica que compreendem desde estabelecimentos de grande escala e alta tecnologia até unidades de subsistência com formas produtivas pré-industriais. Três aspectos são considerados básicos aqui: a produtividade física do trabalho, a escala operacional dos estabelecimentos, e a divisão, especialização e hierarquização de funções produtivas.

2) Aquela dimensão que se refere às relações sociais que se articulam em torno desses processos produtivos. Estas relações sociais de trabalho também se diferenciam e coexistem. De um lado, estão aquelas relações correspondentes aos estabelecimentos de maior produtividade física, escala operativa e diferenciação interna de funções produtivas, que apresentam formas de negociação e recrutamento trabalhistas de caráter massivo e impessoal, fundadas em procedimentos jurídicos claros e requerimentos técnicos precisos. No outro extremo, ainda sobrevivem em áreas rurais as formas senhoriais de incorporação e retenção da força de trabalho, baseadas em pautas autoritárias onde a liberdade contratual da relação costuma reduzir-se a uma mera ficção. Em área urbanas e metropolitanas proliferaram outros grupos de trabalhadores que não estão sujeitos a relações com

vínculo trabalhista, atuando "por conta própria" em atividades esporádicas, relacionadas com serviços não qualificados.

Com relação à propriedade de ativos, coloca-se a concentração do capital. Aqueles estratos mencionados como de maior produtividade, escala operativa e diferenciação interna de funções, situam-se na cúpula da pirâmide distributiva do capital, cuja propriedade corresponde a um reduzido número de pessoas jurídicas frequentemente ligadas às grandes corporações transnacionais. Condições opostas se dão nas pequenas unidades de escala unipessoal ou "familiar", com baixa produtividade e mínima diferenciação interna de funções, que a ampla base da pirâmide.

Dentro do mundo empresarial-proprietário destaca-se pelo menos três fatores: o patamar tecnológico onde se situam; a magnitude absoluta e relativa do capital que controlam; e a posição mais ou menos estratégica das atividades compreendidas para a fase e modalidade histórica do desenvolvimento emcada caso particular. Existe uma clara interdependência entre esses fatores, já que os titulares daqueles setores "líderes" se vêm particularmente favorecidos pela orientação da política econômica, pela posição em termos tecnológicos e pelo seu controle de importantes magnitudes absolutas e relativas de capital.

Por outro lado, a capacidade organizativa e o poder de negociação dos assalariados também dependem de fatores tecnológicos e institucionais. Nos estratos modernos, a grande escala operativa dá lugar a sindicatos quantitativamente numerosos; sua maior complexidade técnica exige uma qualificação maior por parte dos trabalhadores. Nestes estratos superiores não apenas a produtividade física, mas também a produtividade econômica expressa em termos de valor, tende a níveis altos em função das posições monopólicas que derivam da concentrada distribuição de capital e dos eventuais favores estatais.

A contrapartida evidente é a de que todos aqueles situados no outro extremo da escala - pequenas empresas de baixa produtividade e escasso poder - tornam-se potencialmente desfavorecidos por suas posições técnicas e institucionais, sejam proprietários ou assalariados (com maior prejuízo para estes últimos, diga-se de passagem, já que não possuem nenhum dos instrumentos "defensivos" utilizados pelos proprietários, como por ex. a sonegação fiscal).

3) Finalmente, a terceira dimensão se coloca básicamente na esfera política e diz respeito ao ordenamento institucional que consagra e garante as modalidades e o funcionamento do sistema de poder. Tal como a dimensão tecnológica, esse marco institucional é subjacente às posições e relações sociais mencionadas. Apesar de reconhecer a autonomia relativa dessa dimensão político-institucional, Aníbal Pinto ([4]) afirma que sua capacidade transformadora da estrutura social no longo prazo depende do seu poder para alterar as condições técnicas em que repousa dita estrutura.

Daqui se extrai a gravitação decisiva daquelas posições - políticas e/ou econômicas - de poder vinculadas ao controle e distribuição do progresso técnico, que vem sendo assimilado pela estrutura econômica das sociedades periféricas.

Uma vez definidas a natureza e a composição da **heterogeneidade estrutural** na América Latina, a análise prossegue elucidando quais as forças que a estruturaram e que poderiam tender a reproduzí-la e intensificá-la ([5]).

O processo de desenvolvimento na América Latina tem obedecido a tendencias vigorosas e crescentes em direção a uma tripla concentração do progresso técnico e de seus frutos, que se coloca nos seguintes níveis principais:

a) A nível espacial, pela localização predominantemente metropolitana do grosso da indústria de transformação e dos serviços técnicos, financeiros e de infra-estrutura que a complementam. Este processo teve como contrapartida a absoluta ou relativa marginalização de áreas importantes em termos populacionais, seja nas periferias das metrópoles, seja em áreas rurais.

b) A nível dos próprios setores, ramos e atividades produtivas, onde foram se perfilando estratos de produtividade com diferenças substanciais entre si, com a característica agravante e decisiva de que aqueles setores atrasados possuiam parcelas significativas da força de trabalho e/ou população total.

c) A nível da sociedade global, expresso através da distribuição pessoal da renda. Aqui destaca-se a forma pela qual se manifesta a distribuição social dos recursos, analisando-se que grupos sociais movimentam o sistema produtivo fazendo uso de sue poder sobre o mercado; de que maneira estas diretrizes (mediatizadas e modificadas por diferentes agentes, principalmente o Estado) se refletem na alocação concreta dos bens e serviços produzidos; e como e em que proporção é repartido esse produto entre os distintos grupos e classes sociais. Estas tendências na distribuição da renda projetaram-se em dois sentidos principais e correspondentes: por um lado na dinâmica da oferta dos diferentes bens e serviços e, portanto, na mudança da estrutura global do produto; e por outro, permitindo que os distintos grupos sociais hierarquizados pelos seus níveis de renda participassem na apropriação relativa de cada um dos grupos principais de bens e serviços destacados.

Essas tendências não apenas são congruentes entre sí, senão que reforçam-se mútuamente e tendem a perpetuar a situação identificada, ratificando as condições distributivas pré-existentes. De outro modo, atendendo às tendências na distribuição da renda e à composição da demanda, os ciclos concentradores tendem a reiterar-se.

Essa caracterização do processo concentrador acentúa, de um lado, certos traços essenciais do processo, e de outro, deixa de considerar outros que também gravitam em torno às diferentes situações concretas de cada país latinoamericano. A distribuição pessoal da renda difere em diferentes circunstâncias nacionais, bem como a importância das estruturas sociais tradicionais e o avanço de seus respectivos processos diversificadores. Não obstante tudo isso, com diferentes graus e matizes, **as tendências observadas estão operando especialmente em detrimento dos pobres** (6).

1.2 - Semelhanças e diferenças na implementação das Políticas de Ajuste

Os diversos casos de "retorno à ortodoxia" observados em países da América Latina apresentam similitudes ao par de diferenças importantes que trataremos de aqui caracterizar.

Numerosos países da região trataram de introduzir maiores elementos de ortodoxia em suas políticas econômicas, mas o fizeram de diferentes formas e graus de intensidade. No entanto quase todas essas políticas colocaram como objetivos comuns os seguintes: a) aumentar o grau de abertura

da economia para o exterior a fim de lograr um maior grau de competitividade de suas atividades produtivas; b) racionalizar a participação do Estado na economia, liberalizar os mercados, os preços e as atividades produtivas; c) estabilizar o comportamento dos preços e de outras variáveis macroeconômicas em economias que tem estado submetidas a fortes processos inflacionários.

Nesse sentido, GONZALEZ (1982) levanta a necessidade de elaborar uma tipificação dos diferentes casos de abertura das economias e de retorno à ortodoxia. Apesar de reconhecer serem várias as formas que as políticas de ajuste assumem nos diferentes países, esse autor as resume em dois tipos: um primeiro tipo de caráter mais doutrinário ou mais "puro", no qual se aplicam estritamente os principios do liberalismo econômico; e um segundo tipo mais "pragmático", no qual os objetivos de abertura econômica e de estabilização se condicionam à obtenção paralela de outras metas de crescimento econômico e de justiça social.

Uma primeira diferença entre ambos os tipos, está dada pela intensidade e ritmo com que se persegue os três objetivos comuns acima mencionados. Uma segunda diferença se refere à estratégia de desenvolvimento no longo prazo e em particular à industrialização. No tipo doutrinário não se trata apenas de fazer ajustes graduais e parciais, senão de admitir que possam ser desmontados total ou quase totalmente setores produtivos que já estão fortemente arraigados na economia e que possuem uma longa tradição de produção, mas que na atualidade já não podem competir com bens similares importados. Tampouco persegue-se um proceso contínuo e deliberado de desenvolvimento industrial proporcionando a proteção e a promoção que sejam necessárias aos setores novos. Pelo contrário: postula-se que o crescimento industrial terá que ser apenas aquele que o jogo das "forças de mercado naturalmente provocam ".

Outra diferença importante diz respeito às concepções sobre as funções do mercado e do Estado na distribuição dos recursos produtivos. Nas colocações mais pragmáticas ambos são necessários, complementando-se entre sí. Nos casos mais doutrinários as funções do Estado relativas à produção devem limitar-se às do Estado "gendarme", não devendo influir na assignação dos recursos deixando que esta se realize exclusivamente pelo mercado. Paralelamente à essas diferenças estão as diferentes posições no tocante à operação dos instrumentos de política econômica.

Por outro lado, essas diferenças se traduzem e trazem consequencias importantes em outros aspectos de fundamental relevância da sociedade e do processo politico. Nos casos mais pragmáticos seria mais factível a consolidação de processos democráticos ao evitar ou amenizar algumas das causas fundamentais de tensão social e política. Nos exemplos mais doutrinários se evidenciou a necessidade de governos mais autoritários, sendo menor e/ou mais lento o avanço possível nos processos de abertura política.

A preocupação com as diferenças também se verifica em TAVARES e FIORI (1993) quando analisam três países latinoamericanos - Chile, México e Argentina - buscando confrontar suas trajetórias políticas e econômicas com as do Brasil na última década. Aqui as diferenças são identificadas com o objetivo de situar os obstáculos ao avanço das políticas de ajuste, comuns em seu ideário, na sociedade brasileira. Essas diferenças seriam de natureza institucional, consolidadas através de longas trajetórias históricas, e de natureza conjuntural, vinculadas às mudanças nas

correlações de forças nacionais e internacionais, influenciando na maior ou menor eficácia na implementação das políticas propugnadas pelo reformismo liberal. Existe ainda um outro elemento nessa diferenciação: o fator tempo, o que é exemplificado com os casos do Chile, onde o ajustamento começou na década de 70 (servindo inclusive como modelo para a elaboração posterior do chamado "consenso de Washington"); do México, onde esse ajustamento só ocorreu na segunda metade dos anos 80; e do Brasil, com a virada dos anos 90.

Por outro lado, houve também mudanças, com relação à América Latina, no caráter do ajuste após 1990. Com os EUA já "reestruturado", passou a prevalecer o interesse exportador desse país, encarando a América Latina como seu "mercado". A partir de 1991 verificou-se uma inflexão na balança comercial de diversos países latinoamericanos, sobretudo o México e a Argentina ([7]). A entrada na "globalidade" significou, para a América Latina, apenas a abertura comercial.

Há uma concordância por parte dos autores de que as diferenças na implementação das políticas de ajuste por parte de alguns países latinoamericanos derivam essencialmente do tipo de trajetória - econômica, social e política - percorrida por esses países antes da crise dos anos 80. Essas trajetórias, baseadas em diferentes estruturas produtivas, traduzem-se em diferentes instituições políticas, sistemas partidários e organizações sindicais e empresariais, que resultam em capacidades diferenciadas de sustentar, como diz FIORI (op.cit), formas pactuadas ou solidárias de implementação daquelas políticas.

No que diz respeito ao enfoque e à implementação das Políticas Sociais, também podemos identificar diferenças, embora aqui estas se ocultem muitas vezes, até nos casos mais ortodoxos, sob a capa de um discurso "social". As discrepâncias dizem respeito à participação do Estado na prestação direta dos serviços e ao financiamento dos mesmos através de impostos diretos ou indiretos, com diferentes graus de progressividade, ou diretamente através de contribuições. Por trás das concepções ditas mais "doutrinárias", conforme GONZALEZ (op.cit), está a posição que concede menor relevância à função social do Estado, supondo que deve ser o próprio mercado aquele que cria condições de um desenvolvimento mais dinâmico e através dele devam solucionar-se os problemas de desemprego e de pobreza, destacando-se que a desigualdade permite que os setores de maiores ingressos tenham uma maior poupança e favoreçam um maior investimento. Ainda segundo GONZALEZ (op.cit.), também é diferente o tratamento dado aos sistemas de Previdência Social e seu financiamento, bem como às condições de trabalho. Aqui é colocada uma maior dificuldade em traçar uma linha divisória entre ambos os enfoques (o "pragmático" e o "doutrinário"). Em ambos parte-se da preocupação de que o financiamento do Seguro Social não recaia sobre os "custos de produção" em prejuízo da "competitividade" das atividades produtivas nacionais frente ao exterior. Por outro lado , a não garantia dos avanços já obtidos nos Sistemas de Aposentadorias, por exemplo, costuma provocar conflitos sociais e políticos.

Outros autores também identificam semelhanças e diferenças entre as diversas propostas de ajuste. BUSTELO E ISUANI (1990) as resumem em duas modalidades principais. A primeira parte da hipótese de que é necessario reestabelecer rápidamente o equilíbrio das principais variáveis macroeconômicas. Assim, o ajuste deveria estabilizar um sistema de preços que se considera

distorcido, incluindo principalmente o tipo de câmbio e a taxa de juros. Uma estrita política salarial e a redução radical dos gastos estatais permitiria resolver a crise fiscal. A aplicação "severa e correta" do ajuste permitiria, ainda, que o mesmo fosse de curta duração e, portanto, seus amargos custos seriam recompensados por um aumento do investimento e do rápido reestabelecimento do fluxo de capital externo. Para as eventuais "oposições" ao ajuste, existiriam respostas que oscilariam entre medidas de compensação parcial a certos grupos (evidentemente para aqueles com maior poder de pressão) e o controle repressivo. A implementação deste tipo de ajuste não logrou, em geral, os resultados esperados pelos seus proponentes, em termos de estabilização efetiva e permanente dos preços da economia. Depois de aplicá-lo, vários países se encontraram em maiores dificuldades, propiciando a revisão de alguns supostos.

Assim, surgiu uma segunda concepção de ajuste mais relacionada a transformações de médio prazo, no entendimento de que as "distorções" e a falta de incentivos para o investimento produtivo, bem como as debilidades institucionais do setor público seriam extremamente sérias. A sua superação demandaria mais tempo que o previsto anteriormente. Além de uma melhor gestão macroeconômica, seria necessário impulsionar profundas mudanças institucionais e repensar as estratégias de desenvolvimento, incluindo a relação público-privado. O surgimento de créditos de "ajuste estrutural" (SALs) do Banco Mundial estiveram relacionados com essas novas preocupações.

Observadas as diferenças de situações e de propostas de ajuste, podemos afirmar, sem maiores riscos, que após uma série de experiências de ajuste, reestruturação, ou outra denominação que se dê, a América Latina em geral se encontra em uma situação econômica no mínimo instável, e com um quadro social agravado (conforme apresentaremos adiante).

Na análise das tentativas de ajuste e estabilização no Brasil, TAVARES ([8]) toma como paradigma o caso exitoso do Chile, bem como as experiências recentes do México e da Argentina. Seu objetivo é o de não apenas mostrar a especificidade brasileira, mas evidenciar o caráter contraditório, e igualmente específico, que tiveram tais experiências; chamando a atenção para a distância existente entre os processos **reais** e as **doutrinas** assumidas pelas políticas de estabilização.

Sintetizaremos aqui suas principais hipóteses, extraídas da análise das próprias experiências ([9]), por sua relevância como referências mais gerais para esta tese, já que não é objetivo da mesma analisar os ajustes econômicos latinoamericanos, e sim as suas consequências sociais.

A modalidade de ajuste convencional do balanço de pagamentos conseguiu, mediante políticas macroeconômicas recessivas e políticas cambiais ativas, obter superávits comerciais para cobrir, em parte, o serviço da dívida externa. No entanto, esse tipo de ajuste recessivo não conseguiu estabilizar economias de alta inflação crônica e com restrições externas severas, provocando um *trade-off* negativo sobre a arrecadação fiscal e ul alto grau de endividamento interno, levando a consistentes desajustes fiscais e patrimoniais no setor público. Ou seja, a contrapartida desse tipo de ajuste tem sido a necessidade de um ajuste fiscal permanente. Este último, por sua vez, nem sempre conseguiu produzir um aumento da carga fiscal efetiva, sobretudo em situações de alta inflação com recessão ou estancamento, quando torna-se difícil aumentar as receitas tributárias correntes.

Nessas circunstâncias, o ajuste fiscal tem se tornado cada vez mais custoso para o **setor público**, obrigando-o a cortar gastos essenciais e suportar desequilíbrios patrimoniais crescentes. O setor privado (particularmente as empresas produtoras de bens não-comercializáveis) também "adaptou-se" às políticas recessivas, através da queda nos salários e redução do emprego nos **mercados formais**, e do aumento da informalidade nos negócios, com evasão de impostos e diminuição da base de imposição tributária.

Frente aos problemas de rigidez da base tributária e aos endividamentos interno e externo crescentes no setor público, e atendendo às recomendações de **reformas estruturais** do Banco Mundial, muitos países têm promovido **privatizações** aceleradas, tentando ajustar patrimonialmente as contas públicas. No entanto, este tipo de "ajuste" se dá, quando existem receitas patrimoniais líquidas, de uma vez por todas, não resolvendo o problema de financiamento corrente e futuro do setor público.

Outra hipótese é a de que a desregulação dos mercados financeiros e a abertura comercial irrestrita, preconizadas como "reformas estruturais" pelas políticas de ajuste neoliberais, enquanto não se atingir um certo grau de estabilização e crescimento com uma boa inserção internacional, continuarão provocando os seguintes desequilíbrios: movimentos de *stop and go*, com entradas e saídas de capitais que provocam desequilíbrios no balanço de pagamentos, além de repor periodicamente condições restritivas ao crédito interno com o retorno das políticas monetárias e cambiais ativas. As experiências do Chile, Argentina e México nos anos 70, e da Argentina e do México nos anos 80 ([10]), demonstraram que a instabilidade financeira e cambial pode levar à insolvência o sistema bancário, provocando intervenções no mercado financeiro, quando não (como no caso chileno) à estatização bancária.

Nas políticas anti-inflacionárias mais recentes, com "âncora cambial" e juros internos altos, as medidas de liberalização financeira têm levado à sobrevalorização cambial, com forte entrada de capitais de curto prazo, pondo novamente em risco os equilíbrios futuros do balanço de pagamentos ([11]).

Outra medida utilizada frequentemente, a emissão de títulos da dívida pública imobiliária, como instrumento de regulação de mercados financeiros e cambiais abertos e voláteis, tem se mostrado muito precária. As experiências do Chile, México e Argentina, em épocas distintas, e do Brasil no período pós-1988, têm demonstrado com clareza que o montante da dívida interna torna-se rapidamente incontrolável, uma vez que não existe capacidade de absorção fiscal dos impactos desestabilizadores de um mercado monetário que opera baseado em títulos públicos de alta liquidez e elevadas taxas de juros. Mesmo quando existe essa capacidade, é difícil obter estabilidade cambial e monetária com mercados financeiros abertos e desregulados. Dessa forma, o problema não é a interdependência das políticas fiscal, monetária e cambial, mas o caráter contraditório da relação entre as mesmas.

Este é, em traços gerais, o contexto econômico onde se processam as modificações na realidade social latinoamericana, bem como nas Políticas Sociais implementadas pelos países da região, temas dos próximos tópicos desta tese.

NOTAS

(1) Ver Anibal Pinto, "América Latina: una visión estructuralista", Colección América Latina, Facultad de Economia, Universidad Nacional Autónoma de México, México, 1991.
(2) ver CEPAL, "Estudio Económico de América Latina", 1973; in Anibal Pinto, op. cit., p.565.
(3) ver ibid. p. 565-567.
(4) id.ibid.
(5) ver Anibal Pinto, op.cit., p.568-571.
(6) ibid.p.571.
(7) No Brasil, apesar da política de "abertura" de Collor a partir de 1990, só agora, com o governo FHC é que se verifica um déficit significativo na sua balança comercial.
(8) Ver trabalho de Maria da Conceição Tavares, "As Políticas de Ajuste no Brasil: os limites da resistência", in Tavares e Fiori, 1993.
(9) ver Tavares, op.cit., p.76-80.
(10) e ao que tudo indica nos anos 90. Ver a esse respeito artigo na "Folha de São Paulo" de Maria da Conceição Tavares prevendo a crise mexicana já no segundo semestre de 1994.
(11) Ver "Plano Real" no Brasil, 2o.sem.94/1o.sem.95.

CAPÍTULO I: AMÉRICA LATINA

2 - A desigualdade social na América Latina: componentes estruturais e impacto dos processos de ajuste

O fenômeno da desigualdade social na América Latina foi abordado de diversas formas: inicialmente se explorou o tema da equidade em relação à distribuição desigual do progresso técnico e seus frutos; mais adiante uma parte decisiva da controvérsia esteve centrada nos estilos de desenvolvimento; o tema também foi tratado com interesse pelos encarregados de avaliar as estratégias internacionais de desenvolvimento, bem como esteve no centro das preocupações dos que elaboraram um critério unificado de desenvolvimento. Finalmente, foi também preocupação principal daqueles que examinaram as mudanças na estrutura social e o problema da pobreza ([1]).

A CEPAL ([2]) destacou, nas suas avaliações sobre a situação social latinoamericana os evidentes progressos alcançados no campo da saúde, da educação e da habitação, expressos, por exemplo, no incremento da esperança de vida, no descenso das taxas de mortalidade infantil, no aumento da média de anos de estudo, na redução e quase eliminação em alguns países do analfabetismo, e no crescente acesso da população à agua potável, ao esgoto, aos medicamentos e às vacinas, que transformaram positivamente a qualidade de vida dos latinoamericanos. Tais avanços são atribuídos em boa medida ao investimento público na infraestrutura social e ao acesso ao progresso técnico, particularmente significativo na área da saúde.

Por outro lado, foi também assinalado que a distribuição dos frutos do desenvolvimento, tanto em termos de renda como de acesso aos serviços públicos, não se ajustava a pautas que permitissem eliminar a forte desigualdade social herdada de períodos prévios ao pós-guerra. Apesar de que em vários países foi possível constatar progressos na ampliação dos grupos médios e na evolução dos salários urbanos durante certos períodos, os indicadores globais de distribuição de renda não melhoraram significativamente na maioría dos países.

Durante os anos 80 existiu na área social uma combinação de avanços e insuficiencias. Por um lado era lícito esperar que se mantivessem as tendencias favoráveis manifestas nas décadas anteriores, já que a **maturação do investimento na infraestrutura social é lenta e , não obstante a queda nos coeficientes de investimento público e de gasto social nesses anos, se continuou a desfrutar de benefícios de investimentos anteriores.** Por outro lado, a persistencia da crise afetou os resultados sociais, acentuando a desigualdade. Destaca-se, assim, o papel da crise no estímulo às tendencias contrárias à equidade.

Nos estudos sobre a equidade no panorama social da América Latina nos anos 80 ficam também evidenciados os aspectos negativos da evolução do nível e da estrutura de emprego, que conjuntamente com a queda da renda média e o caráter regressivo de sua distribuição, configuraram um cenário de deterioração das condições de vida e de redução das oportunidades da maioria das famílias.

A evolução social da América Latina durante os anos 80 foi marcada pelas seguintes características ([3]):

- A região retrocedeu em seu desenvolvimento ao transferir mão de obra de atividades de maior produtividade para outras de produtividade e renda mais baixas.

- Acentuou-se a heterogeneidade produtiva e a desigualdade distributiva da renda, ao coexistirem setores modernos de cobertura mais limitada com a expansão de atividades de baixa produtividade.

- Durante a crise, os países que apresentaram maiores aumentos no desemprego aberto viram reduzida a importância relativa do trabalho assalariado industrial e público ([4]), o que nem sempre foi acompanhado por um aumento do emprego por conta própria de baixa qualificação.

- A baixa renda na atividade produtiva repartiu-se de forma mais desigual: reduziram-se drásticamente os salários e a renda dos autoempregados não qualificados, enquanto que os lucros dos empregadores se viram menos afetados e em alguns casos aumentaram.

- Distribuiu-se menos equitativamente uma renda *per capita* que foi menor na maioria dos países da região.

- Na maioria dos casos, os 5% mais ricos viram manter-se ou aumentar seus ingressos, enquanto que os 75% mais pobres viram-se diante da redução dos seus ingressos, agudizando-se o contraste entre bem-estar e pobreza.

- Aumentou o percentual da população em extrema pobreza revertendo-se a tendência das três décadas do pós-guerra.

- Atualmente os pobres urbanos na América Latina são mais numerosos que os pobres rurais.

- Uma proporção importante dos estratos médios urbanos são agora mais vulneráveis aos efeitos das novas políticas de estabilização ou ajuste.

- Apesar da crise, durante os anos 80 continuou aumentando o nível educacional da população ([5]).

- Apesar dessa expansão educativa, América Latina ainda não conseguiu que uma importante proporção da sua população alcance os níveis educacionais requeridos por aquelas ocupações que geram níveis aceitáveis de produtividade.

- Os avanços globais em matéria de educação não foram acompanhados por ganhos equivalentes com relação à renda.

- Os jovens que não estudam nem trabalham constituem atualmente uma proporção maior que ao princípio da década. Esta situação, que afeta principalmente àqueles pertencentes à famílias de baixa renda, é um indicador do risco de marginalidade e de reprodução de famílias com elevada vulnerabilidade econômica e social.

- A origem socioeconômica das pessoas continuou operando como um importante fator na determinação de seus ganhos.

- No mundo do trabalho, as mulheres se mantiveram em clara desvantagem frente aos homens.

- Ao agravamento verificado durante a crise da situação dos estratos de renda mais baixa se acrescentou, como fenômeno digno de destaque, uma deterioração da qualidade de vida dos estratos médios urbanos.

Em estudos mais recentes ([6]) atualiza-se o **panorama social** da América Latina. A preocupação com a equidade se mantém, mas a análise passa a focalizar dimensões específicas do social, como o emprego, a distribuição de renda e a pobreza, bem como os avanços e retrocessos em matéria de igualdade entre estratos socioeconômicos, por gênero e por localização geográficas rural e urbana, tanto no que se refere às condições de vida como às oportunidades de mobilidade social.

Nos exames periódicos das economias da região realizados pela CEPAL, os mais recentes sublinham o aparecimento de indícios modestos, mas persistentes, de reativação da atividade econômica. Em alguns dessas economias começava-se a combater os "desequilíbrios macroeconômicos", enquanto que na maioria se centravam esforços na tarefa de controlar a inflação. Os resultados desses estudos ([7]) mostram que **no início da década de 90, a incipiente recuperação de algumas economias regionais todavia não havia produzido efeitos perceptíveis no panorama social.**

No campo do emprêgo, se já não se observam as altas taxas de desocupação que caracterizaram a maioria dos países da América Latina nos anos mais difíceis da crise econômica, em alguns países, como a Argentina e o México, as taxas de desemprego permaneceram altas por conta das políticas de ajuste implementadas nesses países. Alguns avanços nesse campo registrados em alguns países ao final da década passada, não foram suficientes, no entanto, para reduzir de forma significativa o percentual de população em situação de pobreza nem para diminuir as desigualdades na distribuição da renda. A rigor, neste último aspecto, **no início da década de 90 a maioria dos países latinoamericanos exibiam níveis de concentração da renda familiar mais altos** dos que os já muito elevados índices do final dos anos setenta. Por outro lado, os **salários reais** registraram nítidos descensos na década dos 80, ainda que no último triênio sua evolução começou a refletir, em alguns países, o efeito positivo do crescimento em alguns países.

A conjunção desses fatores influiu negativamente na evolução da pobreza na região, cuja incidência e severidade continuam aumentando na segunda metade do último decênio.

Dessa forma, destaca-se o peso majoritário que corresponde aos **assalariados** entre os pobres e a gravitação dos ocupados em grandes e médias empresas entre os assalariados pobres.

Entre os jovens, amplia-se um "desajuste" crescente entre suas remunerações e seus níveis educacionais, fato denominado pela CEPAL de "espaços de frustração" ([8]). Esta tendência se deu apesar de que nos anos recentes em alguns países se observa um estancamento e inclusive **retrocessos no nível educacional dos jovens, provavelmente como efeito retardado do período mais agudo da crise e das drásticas medidas de ajuste econômico.**

Os níveis educacionais da população rural continuam sendo baixos e notavelmente inferiores aos urbanos.

A participação das mulheres na atividade econômica continua a aumentar. No entanto, é preciso destacar que isto ocorre em um contexto que obriga muitas famílias a recorrer a estratégias de sobrevivência que com frequência implicam em aumento da carga de trabalho doméstico, sem que se produzam avanços paralelos na cobertura dos serviços de apoio para o cuidado das crianças, ao mesmo tempo que persiste uma marcada discriminação salarial com relação às mulheres.

Estas são, em grandes linhas, as tendências gerais apresentadas pela região nos últimos dez anos. Detalharemos agora, um pouco mais, dois aspectos particulares : situação do emprego e distribuição da renda.

Com relação à composição do emprego assalariado, apesar do incremento no contingente dos trabalhadores por conta própria, sete de cada dez ocupados urbanos na América Latina pertencem à condição de assalariado.

A categoria "por conta própria" ou "autônoma" é hoje, para muitos, "uma forma precária de inserção no emprego", já que reporta a salários reais mais baixos e relega à pobreza vastos setores assalariados que antes não se encontravam nessa condição.

As principais mudanças experimentadas pela estrutura do emprego assalariado na região nos anos 80 são assim resumidas ([9]): i) leve diminuição de sua importância relativa com respeito ao total do emprego; ii) perda importante de gravitação do emprego industrial e aumento dos assalariados no setor terciário; iii) descenso menos acentuado da participação do emprego público; iv) aumento da ocupação na pequena e na microempresa, em detrimento do emprego em estabelecimentos de maior porte; v) queda da participação do emprego doméstico dentro do total.

Além dessas mudanças, **os salários reais se reduziram em magnitudes muito significativas e em todos os países aumentou o percentual de assalariados em situação de pobreza.**

Merece destaque a demonstração de quão eficazes podem ser os aumentos do salário mínimo e dos benefícios monetários da população passiva para reduzir os percentuais de pobres e indigentes. No caso do Chile, citado como exemplo, o incremento das aposentadorias e pensões e do salário mínimo real -**o que, segundo a experiência mais recente, não é incompatível com a expansão do emprego** ([10]) - junto com a diminuição do desemprego aberto e a melhoria das remunerações médias, foram fatores importantes no descenso dos índices de pobreza logrados no final da década passada, especialmente desde o início de 1990 ([11]).

Uma das características mais importantes da estrutura do emprego urbano é a magnitude do contingente ocupado nos estratos de baixa produtividade da economia. Trata-se de empregados (sem formação profissional) em microempresas e de trabalhadores não qualificados, que nos países latinoamericanos representam atualmente entre 30% (Uruguai) e algo mais de 40% (**Brasil**) do total de ocupados. Nos países de menor tamanho e com altos índices de pobreza, esse percentual se eleva a 50% ([12]). Segundo dados mais recentes, não menos da metade dos ocupados urbanos pobres são assalariados não profissionais nem técnicos, no setor privado, percentual que se eleva a 60% no setor público. Se se exclui os que trabalham em microempresas, a proporção chega a cerca de 45% ([13]).

Por outro lado, a evolução da renda nos estratos de baixa produtividade é um dos fatores que explicam o aumento da concentração na distribuição de renda que se produziu na maioria dos países durante a década dos 80. Em primeiro lugar, as pronunciadas diferenças entre as remunerações pagas por microempresas e por unidades produtivas de maior tamanho não diminuiram durante a década, não obstante a forte queda dos soldos e salários nas empresas do setor privado estruturado e do setor público. Em segundo lugar, a remuneração recebida pelos trabalhadores por conta própria menos

qualificados, especialmente dos que se dedicam a atividades comerciais e de serviços, se reduziu proporcionalmente mais do que a remuneração média dos ocupados.

Por conta das suas implicações para as políticas de combate à pobreza, destaca-se o fato de que, à exceção do Panamá, a remuneração média dos assalariados de baixa qualificação que trabalham em microempresas são significativamente inferiores àquela que recebem os trabalhadores independentes não qualificados. Os dados disponíveis para início dos anos 90 revelam também que, entre os segmentos de baixa produtividade do mercado de trabalho urbano, a maior proporção de pobres corresponde aos ocupados em pequenas empresas industriais. Trata-se, no entanto, de um contingente de baixa representação no emprego total (inferior a 5% em todos os países examinados, com exceção do Paraguai), e que perdeu importancia durante a década passada, concentrando menos de 10% do total dos pobres urbanos ([14]).

No tocante ao **emprego público**, as fortes contrações do gasto fiscal e os processos de privatização de empresas públicas (e, em alguns casos, até de serviços básicos de saúde e educação) que ocorreram em função dos programas de ajuste estrutural na América Latina, exerceram um menor impacto negativo sobre o emprego do que sobre as remunerações dos assalariados do setor público.

Essas perdas salariais redundaram em um aumento do percentual dos empregados públicos em situação de pobreza. Em vários países -muito marcadamente na Argentina, no Brasil e na Venezuela e, em menor medida, no México e no Paraguai- , o número de afetados pela pobreza no setor público cresceu em maior proporção que o total dos ocupados. Este fato revela que os assalariados com renda próxima ao valor da linha da pobreza sofreram perdas maiores.

Estas tendências podem refletir uma mudança importante com relação à situação que prevalecia ao final dos anos 70 em numerosos países latinoamericanos: em geral, o emprego público constituia não apenas uma inserção ocupacional relativamente estável, cujos titulares estavam amparados por benefícios sociais, senão que também significava uma alta probabilidade de receber remunerações suficientes para manter-se "a salvo" da pobreza. Sobre este ponto, a CEPAL conclui que "**a situação de menores remunerações e de mais altos percentuais de pobreza que afeta atualmente os empregados do Estado limita as possibilidades de reforma e modernização do setor público**"([15]).

Por outro lado, os dados obtidos pela CEPAL colocam em evidência um fato positivo: **em todos os países se registram elevações apreciáveis do nível de educação do conjunto dos assalariados públicos**. Durante os anos oitenta a média de anos de estudo desse setor cresceu pelo menos ao mesmo ritmo que o da população ativa, e, com exceção do Uruguai, em todos os países se percebe um aumento importante do número de profissionais e técnicos a cada mil ocupados no setor público, o que denota maior grau de "tecnificação" do aparato estatal ([16]).

Analisaremos agora o segundo aspecto destacado por esse estudo mais recente da CEPAL ([17]): o da **distribuição da renda**.

Nesse estudo, as estimativas sobre a distribuição da renda das famílias englobam um conjunto mais amplo de países que o estudo anterior ([18]), e, na maioria dos casos, se dispõe de dados para

todo o período 1980-1990. Dessa forma, os novos antecedentes confirmam alguns achados anteriores, desta vez sobre bases mais sólidas, a saber: i) **a maioria dos países sofreu retrocesso muito pronunciado em matéria de equidade durante a crise e os posteriores processos de ajuste estrutural, de modo que no início dos anos 90 sua distribuição de renda é ainda mais concentrada que ao final dos anos setenta**; ii) a piora na situação distributiva se deve à forte queda da renda familiar correspondente aos dois primeiros quartís (níveis de renda inferiores à média), em comparação com os ganhos (ou menores perdas) de renda dos 5%, e até 10%, das famílias mais ricas; iii) nem sempre as maiores perdas de renda corresponderam às famílias mais pobres (primeiro quartil da distribuição), já que em alguns países os mais afetados foram os lares de renda média-baixa (segundo quartil); iv) os escassos sinais indicativos de uma queda da concentração observáveis nos países onde se reiniciou o crescimento denotam a lentidão da recuperação dos níveis de renda das famílias de estratos médios e baixos; v) **a manterem-se estas tendências, não caberia esperar melhorias importantes em matéria de equidade nem de pobreza dentro de prazos relativamente curtos.**

O fenômeno que indica a maior desigualdade na distribuição da renda na maioria dos países latinoamericanos nesta última década foi a acentuação da disparidade entre o rendimento de 40% das famílias mais pobres -que não chega a atingir a metade da renda média nacional- do rendimento de 10% das famílias mais ricas -que recebe mais de quatro vezes essa média. Em seis dos oito países examinados essa diferença aumentou: a renda dos 10% mais ricos supera em cerca de dez vezes a dos 40% mais pobres ([19]).

As circunstâncias em que esse distanciamento se deu foram diferentes em cada país. A situação mais adversa foi a da Argentina e a da Venezuela, pois cairam tanto a participação como a renda média de 40% das famílias mais pobres, enquanto que aumentava ou se mantinha a renda do decil mais rico, em contextos econômicos fortemente recessivos. No caso chileno, a menor participação dos estratos mais baixos de renda não redundou em uma diminuição tão marcada da sua renda real durante a década dos 80. O aumento da diferença se deve, na verdade, ao notável incremento da participação e da renda real do estrato superior.

Segundo a CEPAL, estas duas formas de chegar a um maior distanciamento entre os rendimentos dos estratos altos e os dos mais baixos diferem no sentido de que o aumento da desigualdade pode ser mais disruptivo, desde o ponto de vista social, quando ao mesmo tempo se expande a capacidade de consumo dos estratos altos da população e se reduz a dos mais baixos, especialmente quando os recursos destes últimos já eram insuficientes para adquirir os bens de consumo básicos. Pelo contrário, se o rendimento dos grupos mais pobres se eleva, ainda que seja a um ritmo moderado, pode tornar-se mais tolerável seu distanciamento com respeito aos estratos altos.

Analisando particularmente os **efeitos sociais do ajuste**, na primeira metade dos anos 80, LAGOS (1986) apresenta quatro indicadores, que são os que se utiliza geralmente nas análises sobre esses efeitos: renda por habitante, taxa de desemprego aberto, subemprego e queda de salários.

Nesse período constata-se uma queda de 14% na renda por habitante na região, percentual que não encontra paralelo em nenhuma economia desenvolvida.

Os números sobre desemprego aberto são igualmente significativos da deterioração da situação: esses práticamente duplicaram como resultado das políticas de ajuste no início da década.

Junto com o aumento do desemprego aberto, se produziu também, e diferentes indicadores assim o confirmam, um aumento substancial nos níveis de subemprego, o qual, em muitos casos, funcionou como uma espécie de "colchão" frente a níveis crescentes de desemprego. Naqueles países em que o aumento do subemprego foi menor, verifica-se que o aumento do desemprego aberto mais que o compensa. O aumento do chamado "setor informal" na ocupação urbana passou de 29 para 32% do total, implicando em um aumento de 5 milhões de trabalhadores neste setor. Por outro lado, também se observa mudanças no interior do setor "moderno" da economia, aquele onde predominam relações de produção tecnológicamente mais avançadas e maior produtividade. Ao distinguir dentro do setor moderno tres categorias de setores (empresa privada, administração pública e microempresas) se observa que o pequeno crescimento ocupacional do setor moderno (1.9%) é consequencia da expansão da administração pública e das microempresas, e não das empresas, que práticamente não crescem no período da crise ([20]).

Outra maneira de medir os efeitos sobre o emprego é analisar a perda de dinamismo que -como resultado da crise- experimenta a criação de emprego. Um estudo do PREALC assinala que, se houvesse continuado a tendencia dos últimos cinco anos pré-crise, teriam sido criados 4 milhões de postos de trabalho adicionais ([21]).

O outro indicador que normalmente se usa para medir os efeitos sociais é o que diz respeito ao custo para a força de trabalho que as políticas de ajuste causaram. Neste custo, o que se observa habitualmente é a queda nos salários reais experimentada pela força de trabalho.

No entanto, Lagos (op.cit.) considera que é mais apropriado falar de uma diminuição das remunerações do trabalho, posto que, como se tem constatado, caem também as receitas daqueles que trabalham no dito "setor informal", os quais passam a compartir a sua "renda" com um número maior de ocupados. O fato de que este setor atúe como um "colchão" que atenua o desemprego aberto implica, quase necessáriamente, em uma queda nas remunerações do setor. O PREALC estima que entre 1980 e 1985 a renda dos trabalhadores informais caiu 27% ([22]).

Com relação aos salários reais, os ganhos verificados na década de 70 se diluiram rápidamente, e, em média , se estima que os salários reais caem cerca de 8%. Em alguns casos esta queda é mais intensa, chegando a 40%. Esta queda também afeta a outros setores de uma maneira mais drástica, enquanto possuem uma possibilidade de "defesa" muito mais diluída: é o caso do salário mínimo e do setor da construção ([23]).

Em síntese, na primeira metade dos anos 80, a menor atividade econômica resultante da crise e da política econômica adotada para enfrentá-la se traduziu numa queda considerável da renda por habitante na região. Esta queda não se repartiu de maneira equitativa, afetando, principalmente, o mercado de trabalho. Assim, se observa um aumento do desemprego aberto, o qual só não foi maior pelo papel amortizador que desempenhou o chamado "setor informal". Este papel trouxe como

consequência uma forte queda nas remunerações nesse setor, queda que, apesar da menor intensidade, também se produziu no setor assalariado da economia.

Conjuntamente com essas mudanças, estão ocorrendo, aparentemente, mutações mais profundas na estrutura social que emerge na etapa pós-crise, como resultado da diferente natureza dos postos de trabalho que se criaram durante a crise. Estas ocupações ao se concentrarem na área de serviços e dos trabalhadores "por conta própria" fazem com que proporcionalmente diminua a participação dos trabalhadores em áreas aptas a uma sindicalização forte. Os efeitos sociais -a manter-se esta tendencia- são muito importantes e devem considerar-se em uma estratégia futura (24).

Ao deslocarmos o enfoque diagnóstico especificamente para o problema quantitativo da **pobreza**, a maioria dos levantamentos e estudos indicam que este fenômeno está longe de ser uma "ilha" no mar da "modernidade"; pelo contrário, a pobreza cresceu de forma avassaladora na América Latina na década dos 80 e no início dos anos 90.

Em um primeiro estudo sobre a **magnitude da pobreza** na América Latina nos anos oitenta, a CEPAL (25) apresenta uma estimativa da pobreza em **1980 e 1986**, a partir de um levantamento amostral englobando dez países (26). Nestes, tanto a incidência de pobreza como a de indigência aumentou entre 1980 e 1986 em dois pontos percentuais: de 33% para 35% no primeiro caso, e de 13% para 15% no segundo. Pela metodologia do levantamento, o incremento da **pobreza** se concentrou totalmente nas áreas urbanas, onde o percentual de residências ou lares ("hogares") pobres passou de 24% para 29%. Quanto à **indigencia**, os índices sobem em ambas as áreas (de 8% para 11% nas urbanas, e de 26% para 28% nas rurais.

Por sua vez, a extrapolação desses dados para o conjunto de 19 países da América Latina implica em aumentos na magnitude agregada da pobreza que são da ordem de dois pontos percentuais. Isto se explica pelo fato de que, não obstante a população dos restantes nove países representar pouco no conjunto, seus índices de pobreza estariam acima daqueles verificados nos primeiros dez países. De acordo com essas estimativas, **em 1980 a população em situação de pobreza na América Latina alcançava 41% do total (em torno de 135,9 milhões de pessoas), percentual que se eleva para 43% em 1986 (passando para algo em torno de 171,2 milhões de pessoas)**. Este incremento de 34.3 milhões de pessoas pobres se concentrou quase em sua totalidade nas zonas urbanas, onde a incidência subiu de 30% para 36%. Por outro lado, a evolução dos dados sobre população em situação de **indigência** revelam, indiretamente, a profundidade da crise durante o primeiro quinquênio dos anos oitenta. De fato, do mencionado incremento de 34,3 milhões de pessoas pobres, 19 milhões (55% do total) correspondem a um aumento da população indigente, radicada tanto na área urbana como na área rural.

Com a sofisticação do manejo das categorias e dos instrumentos de mensuração, a II Conferência Regional dos países da América Latina sobre a Pobreza (27) estimou que **270 milhões**

de latinoamericanos estavam em situação de pobreza em 1990, o que representava 62% da população total!

Em documento preparatório para a Terceira Conferência Regional sobre a Pobreza na América Latina ([28]), a CEPAL ([29]) elaborou documento sobre o **perfil da pobreza na América Latina no início dos anos 90.** A partir dele conclui-se que, entre meados da década passada e início desta, a pobreza acentuou-se, especialmente nos países de maior tamanho econômico e populacional, como é o caso do **Brasil**, da Venezuela, da Argentina e do México, onde os estudos em desenvolvimento demonstram que aumentou a incidência da pobreza.

Uma estimativa para 1990, baseada nos novos antecedentes das pesquisas de domicílio efetuadas pela CEPAL ([30]), situa em torno de **196 milhões** a população da América Latina abaixo da linha de pobreza, o que representaria **46%** do total. Dessa forma, a incidência da pobreza teria aumentado, entre 1986 e 1990, em torno de 2,5%.

AMÉRICA LATINA (19 países):MAGNITUDE DA POBREZA EM 1990*

	Domicílios				População			
	Pobreza		Indigencia		Pobreza		Indigencia	
	x mil	%	x mil	%	x mil	%	x mil	%
TOTAL	37000	39	16900	18	195900	46	93500	22
Urbano	22700	34	8700	13	115500	39	44900	15
Rural	14300	53	8200	30	80400	61	48600	37

Fonte: CEPAL, Divisão de Estatísticas e Projeções, in CEPAL,op.cit.,p.4.
* Estimativas preliminares.

Os dados para 1990 correspondentes às **zonas urbanas e rurais** também mostram manutenção das tendências já observadas na primeira metade da década passada. Um fato importante, a ser considerado pelas políticas ([31]), é o de que a pobreza é hoje predominantemente **urbana** no que diz respeito ao volume de população afetada, não obstante o fato de que em muitos países a incidência e severidade da pobreza é ainda maior no meio rural. De cada cinco habitantes do meio rural três são pobres, enquanto que de cada cinco habitantes do meio urbano, dois são pobres. Em geral, a incidência da pobreza rural tendeu a diminuir, enquanto que a incidência urbana se incrementou. Na maioria dos casos constata-se uma deterioração nas zonas urbanas, sendo que em alguns países esta é muito acentuada.

Os dados indicam que no início dos anos 90 os percentuais de população com carência de renda para satisfazer suas necessidades básicas diferem, entre os países, menos do que no início dos 80. No entanto, subsistiram, e em ocasiões ampliaram-se, as diferenças de acesso aos bens e serviços que satisfazem as necessidades básicas vinculadas à habitação, a seus serviços e à educação.

Essa maior igualdade das magnitudes da pobreza não deve ocultar, no entanto, a marcada heterogeneidade que continua caracterizando esse fenômeno na região. Antes da crise dos anos

oitenta era possível distinguir entre países como Guatemala, Honduras e Perú - onde a população rural era muito ampla ou inclusive majoritária e onde os níveis de pobreza chegavam, em 1980, a 50%; e países predominantemente urbanos como Argentina, Chile e Uruguai, onde já em 1970 a incidência da pobreza era de 20% ou menos. Entre ambos os grupos, existiam casos intermediários nos quais o tamanho do país (Brasil, México e Colômbia) involucrava maior heterogeneidade interna, com regiões em situações semelhantes aos países desses grupos extremos. Dessa forma, era possível distinguir países onde a pobreza era massiva, nos quais uma diminuição significativa da mesma requeria reformas ou mudanças muito profundas, e outros onde o crescimento econômico junto com medidas graduais com algum impacto positivo na distribuição da renda poderiam terminar ao menos com a indigência em prazos não tão extensos ([32]).

A crise dos anos oitenta se traduziu, cedo ou tarde, em uma aguda queda dos rendimentos que afetou vastos grupos sociais, com o que em países como o Chile ou a Argentina duplicou-se, em alguns anos, o número de lares onde a renda se reduziu a níveis abaixo do requerido para satisfazer suas necessidades básicas. Este aumento da pobreza também ocorreu nos países massivamente pobres, mas com incrementos percentuais que, dada a sua condição inicial, não poderiam representar duplicação da incidência da pobreza ([33]).

Assim, os dados para o início dos anos 90 tornaram mais similar a situação dos países em termos de insuficiência de renda. Em vários deles a incidência de pobreza medida a nível dos domicílios tendeu a confluir em torno de 30%. Mas por trás dessa maior homogeneidade dos dados encontram-se ainda diferenças de infraestrutura social muito apreciáveis, incluindo as redes sociais estatais ([34]).

Em síntese, os dados apresentados pela CEPAL são um fiel reflexo da crise no que diz respeito à distribuição da renda, mas suas implicações são mais dramáticas no que se refere ao aumento absoluto das populações carentes. Os perfis de pobreza levantados para onze países da região em 1990 mostram os diferentes vínculos entre as insuficiências de renda e outras dimensões sociais e econômicas da região, ao mesmo tempo que colocam em evidência a heterogeneidade nos níveis de pobreza e nos tipos de carências que afetam a população.

O exame da **severidade da pobreza** durante os anos 80 representa também um elemento imprescindível para julgar o desafio e o potencial das políticas públicas e sociais de combate à pobreza.

Ao ordenar os domicílios em relação à linha de pobreza - utilizando como indicador a proporção entre a renda *per capita* do domicílio e o valor correspondente à essa linha - constata-se que no meio urbano da maioria dos países os domicílios em que tal proporção situa-se entre 0.9 e 1.0 representam cerca de 4% do total. São estes domicílios que, caso se produzisse um crescimento da renda real *per capita* da ordem de 3% anual durante 3 anos sem variações na distribuição da renda, sairiam da situação de pobreza ([35]).

Os dois países - Colômbia e Chile - com melhor desempenho quanto ao crescimento entre 1987 e 1990, com incrementos do produto por habitante em cada um desses quatro anos, cresceram a um ritmo médio de 2,3% e 4,4% respectivamente. As remunerações médias, no entanto, não

acompanharam esse crescimento: na Colômbia cairam a uma taxa anual de 0.9%, enquanto que no Chile se incrementaram a uma taxa de 2,5%. Na Colômbia os salários mínimos urbanos cairam mais ainda (-1.4% anual) e no Chile se elevaram no mesmo ritmo do produto por habitante (às vezes até mais, como no período 1988/91, com 8% de crescimento). **Estes dados dão a entender que as remunerações - que representam cerca de 70% da renda dos domicílios que se situam em torno da linha de pobreza - não acompanharam a expansão do produto.** Se as remunerações mínimas e outras fontes de renda das famílias (aposentadorias e pensões, principalmente) não crescem a um ritmo bem maior que o do produto, não caberia esperar reduções da pobreza da magnitude acima indicada ([36]).

Ao ocorrer, pelo contrário, **quedas na renda real da ordem de 25% nos salários e outras rendas de grupos médios baixos, características dos processos de ajuste implementados nos países latinoamericanos**, fariam com que os domicílios cuja renda se situa entre 1 e 1.25 do valor correspondente à linha de pobreza entrariam nessa situação. Nos países examinados os percentuais de domicílios cuja renda se situa nesse intervalo oscilam entre 6% e 14% nas zonas urbanas, e entre 4% e 12% nas rurais ([37]).

No entanto, adverte-se que, durante a crise, as quedas de renda por habitante foram acompanhadas em vários casos por uma piora na sua distribuição, de modo que reduções de renda inferiores a 25% como média representaram diminuições significativamente maiores nos domicílios "vulneráveis" que se situavam em torno da linha da pobreza ([38]).

A partir de outros estudos e análises, constata-se que a **qualidade da pobreza** também sofreu uma degradação. Entre os pobres o setor que mais cresceu foi exatamente o dos "extremamente pobres": estes pobres, ou os "indigentes", como também são chamados, são agora quase a metade de todos os pobres. KLIKSBERG (1993) os define como sendo aquelas famílias que ainda que tenham destinado todos os seus recursos exclusivamente para comprar alimentos (hipótese irreal, dada a imprescindibilidade de gastar em habitação, transporte, roupa, etc.), tampouco alcançaria para comprar o mínimo de proteínas e calorías necessárias para viver.

Do ponto de vista das consequencias da pobreza, estas são as piores possíveis sob qualquer ótica de análise. TOWSED ([39]) afirma direta e claramente: "Quem é pobre morre antes. Minhas investigações provam que a pobreza mata. Não se trata de um comentário político ou social, mas de uma constatação científica". Esta evidência é facilmente observável na América Latina: a pobreza constituiu-se na principal causa de morte, com aproximadamente 1 milhão e 500 mil mortes por ano. As crianças, mais vulneráveis, são as primeiras a serem afetadas: 2.000 delas morrem por dia por pobreza. Além disso, tem-se observado o agravamento da tendência à redução do peso ao nascer. As mulheres também são particularmente afetadas: atualmente na região 40% das famílias são chefiadas por mulheres. Milhões de mulheres estão em uma situação que o "Population Crisis Committee" de Washington descreve como "uma situação de pobreza, impotência e fome" ([40]). Muitas delas, assinala as Nações Unidas (1990), "pagaram grande parte da carga do ajuste... aumentando a produção para o consumo do lar, trabalhando longas horas, dormindo menos e frequentemente comendo menos" ([41]).

Entre as causas dessa pobreza, diversas fontes coincidem em destacar a distribuição extremamente desigual dos efeitos da crise econômica e das políticas de ajuste ortodoxas, recaindo sobre os setores mais desfavorecidos; as estruturas extremamente assimétricas de distribuição de renda; as debilidades da política social; os ataques permanentes de certos setores influentes à própria legitimidade do gasto social, entre outras.

O Diretor da Organização Mundial da Saúde, Hiroshi Nakajima, remete ao **ajuste ortodoxo** a responsabilidade central na instalação de uma epidemia de outros séculos, própria de situações de extrema pobreza, a cólera. Entre os **efeitos das drásticas políticas de ajuste** destaca: "o descuido com as obras de saneamento ambiental, o estado lamentável da infraestrutura de saúde e o desabastecimento de água, fatores que podem converter a epidemia em uma endemia num futuro imediato" ([42]).

Em depoimento igualmente dramático, James Grant, Diretor Geral da UNICEF, afirma que, na América Latina, em matéria de pobreza "o pior ainda está por vir" se não se efetuarem as transformações necessárias, antes que seja muito tarde ([43]).

Outro trabalho que contribui para a análise desse grave problema é o apresentado pelo PNUD-Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, denominado "Desenvolvimento Humano" ([44]). Nele se destaca que não se pode apresentar como pretexto problemas de recursos escassos para justificar a situação; ressaltando que **"a ausência de compromisso político, e não a falta de recursos financeiros, é com frequencia a causa verdadeira do abandono em que se encontra o homem"** ([45]). Países com recursos mais modestos logram resultados humanos muito melhores que outros mais prósperos, com base em uma melhor distribuição do crescimento econômico. É citado como exemplo, entre outros, a Costa Rica, cujas taxas de esperança de vida e alfabetização são muito superiores às do Kuwait, apesar de sua renda per cápita ser quatro vezes menor.

O **Brasil** é citado como exemplo no qual, apesar de ter-se tornado a oitava potência industrial do mundo, apresenta uma situação social fortemente deteriorada: 250.000 crianças menores de um ano morrem anualmente, sob o impacto - entre os fatores centrais - da regressividade em ascenso da sua estrutura de renda. Em 1981, 50% da população detinha 13.4% da renda nacional, enquanto que 1%, do outro lado, apresentava quase a mesma participação, 13%. Esta estrutura absolutamente desigual piorou sensívelmente em 1989: os 50% reduziu sua participação para 10.4% da renda nacional, e o 1% mais rico a aumentou para 17.3%. **A estrutura de distribuição de renda é, portanto, um fator muito significativo nas diferenças de indicadores sociais observadas entre os países.**

O informe da ONU ([46]) apresenta amplas evidências sobre uma questão estratégica e relevante para esta tese: sendo o crescimento econômico central para enfrentar o problema social, em nenhuma das experiências nacionais observadas tal crescimento levou automáticamente ao progresso social. A teoria do "derrame", fortemente difundida na América Latina, é radicalmente objetada pelos dados desse informe. **Pode-se constatar crescimento econômico, mas as desigualdades e as débeis políticas sociais levam a que o mesmo não se difunda, permitindo o agravamento do problema social.** Por exemplo, segundo as estatísticas oficiais durante a ditadura chilena, apesar dos

aclamados avanços econômicos, o número de pobres passou, desde o seu início até o seu final, de 20% para 40% da população. Outro exemplo citado é o da Bolívia, onde, apesar das alegadas melhorias econômicas (segundo estudos do Fundo de População da própria ONU), piorou sensívelmente o seu desenvolvimento humano, caindo inclusive abaixo do Haití, com a pobreza atingindo 80% da sua população.

Esse informe também questiona os métodos muito esquemáticos com que se mede o desenvolvimento, dando como exemplo o fato da limitação a apenas uma dimensão do mesmo, a renda, o que pode levar a simplificações e, o que é pior, a uma distorção da realidade. Entendendo que o objetivo final do desenvolvimento é o de que as pessoas vivam mais anos e melhorem sua qualidade de vida, torna-se necessário incorporar outros indicadores como esperança de vida, escolaridade, participação social, entre outros.

"Melhorar o desenvolvimento humano requer uma política econômica de crescimento com sensibilidade social, uma agressiva política social, estreita articulação entre ambas e reformas na distribuição da renda" ([47]).

O pensamento conservador argumenta em geral que os ajustes econômicos requerem "fortes sofrimentos sociais". O supra citado informe da ONU sugere que a situação é diferente: "Os custos humanos do ajuste costumam ser optativos e não coercitivos". Os critérios de realocação de recursos deveriam proteger os gastos sociais básicos nos ajustes. Assim o fizeram, por exemplo, com bons resultados, Costa Rica e Zimbabwe ([48]).

Ao contrário do que vem sucedendo, o informe chega a propor que as agências internacionais de financiamento deveriam "exigir" dos países receptores que não reduzam os gastos e subsídios sociais para os grupos de menor renda ([49]). Deveriam pressionar para que "os programas de desenvolvimento humano sejam os últimos e não os primeiros a serem reduzidos durante um período de ajuste, depois de ter explorado e esgotado todas as outras alternativas" ([50]). Esta política, na realidade, não foi a seguida pelos países latinoamericanos, onde o gasto social ([51]) apresentou forte redução, passando de 12% do PIB (cifra já muito reduzida quando comparada aos países da CEE) para um patamar inferior a 8% nos últimos anos.

NOTAS

(1) Prebisch, Aníbal Pinto, Wolfe, Graciarena e diversos estudos da CEPAL.
(2) ver CEPAL, 1991.
(3) ver CEPAL, 1991a.
(4) com exceção do Brasil, onde, como veremos no item 2 do II capítulo, o emprego público desempenhou um importante papel nos anos 80.
(5) No Brasil (ver item 2 do II capítulo) houve um aumento proporcional do analfabetismo.
(6) ver CEPAL, 1993.
(7) CEPAL,op.cit.
(8) ibid.p.3.
(9) ver CEPAL op.cit.
(10) Este tema nos é particularmente caro, já que, como será visto na análise do caso brasileiro, esta é uma das polêmicas que vem sendo travadas no atual debate nacional, sendo utilizado como justificativa para reduzir os encargos sociais das empresas.
(11) CEPAL, op.cit.p.9.
(12) ibid.p.13.
(13) ibid.p.9.
(14) ibid.p.16.
(15) ibid.p.17.
(16) id.ibid.
(17) CEPAL op.cit
(18) ver "Panorama Social" edição 1991 (CEPAL,1991a).
(19) CEPAL, 1993,p.27.
(20) LAGOS, 1986,p.13.
(21) V.Tokman. "Ajuste y Empleo:los desafios del presente",mimeo,1986.
(22) Lagos, op.cit.,p.17.
(23) ibid.p.18.
(24) Essa tendencia não apenas se confirmou como se agravou em alguns países, cujos efeitos sociais são analisados mais adiante.
(25) CEPAL, 1990a
(26) O procedimento utilizado se baseou na comparação do rendimento das famílias com o custo de satisfação de suas necessidades básicas. A linha de pobreza se sustenta no cálculo do custo de uma cesta básica de alimentos, somado ao valor estimado para satisfazer outras necessidades básicas (não-alimentares). A linha de indigência se baseia apenas no valor do custo da cesta básica de alimentos.
(27) realizada em 1990, no Quito, Equador. Ver análise sobre Políticas de Combate à Pobreza adiante no item 4.1 desta tese.
(28) realizada em 1992 em Santiago do Chile, a qual também está incluída na análise sobre Políticas de Combate à Pobreza no item 4.1 desta tese.
(29) CEPAL, 1992d.
(30) CEPAL, op.cit.
(31) ver mais adiante Políticas de Combate à Pobreza, no item 4 do Capítulo IV.
(32) CEPAL, 1992d,p.5.
(33) ibid.p.6.
(34) id.ibid.
(35) CEPAL, 1992d, p.15.
(36) id.ibid.
(37) ibid.p.16.
(38) id.ibid.
(39) 1988, in ibid.p.8.
(40) ibid.p.8.
(41) id.ibid.
(42) H.Nakajima, declarações em Lima, Perú, em 04/04/91.
(43) ibid.p.12.
(44) PNUD, 1990.
(45) PNUD, op.cit.,.p.9.
(46) Nações Unidas, 1990.
(47) ibid.p.10.
(48) id.ibid.
(49) O que soa totalmente irreal quando o que se verifica é a imposição de um ajuste fiscal, com redução de gasto público, por parte dessas mesmas agências internacionais.
(50) ibid.p.11

([51]) Ver análise do Gasto Social na América Latina no item 2 do capítulo III. Neste capítulo se analisa também a posição do FMI (oposta à apresentada pela ONU), segundo a qual o combate à pobreza deve se sujeitar ao ajuste econômico.

CAPÍTULO I: AMÉRICA LATINA

3 - Política Social em situações de crise e de ajuste neoliberal na América Latina

Ainda que exista um certo reconhecimento de que houve, na América Latina na última década, redução considerável do **gasto social**, indicando que os serviços sociais públicos e os subsídios ao consumo popular básico se deterioraram, não existe consenso sobre suas causas, nem sobre suas consequências no que diz respeito aos seus efeitos sobre a deterioração (também constatada) das condições de vida de parcela importante da população.

O discurso da maioria dos governos da região e das agências de financiamento internacional situa a causalidade dessa situação, por um lado, na crise econômica, e por outro, no modelo e gestão do chamado Estado de bem-estar, caracterizados pelo desperdício de recursos e pela ineficiência. Outra vertente defende que a deterioração social não seria um simples efeito da crise, mas também um elemento consubstancial da política neoliberal do chamado ajuste estrutural. Por outro lado, também se coloca como necessário **definir se o neoliberalismo é um projeto global de organização da sociedade, com uma política social articulada, ou se apenas uma política econômica de efeitos secundários e transitórios no campo social.**

A vertente que coloca a deterioração social como consequencia de uma política neoliberal, defendida por Laurell e outros ([1]), afirma que essa política provocou crescente polarização da sociedade entre "pobres" e "ricos", cuja profundidade e intensidade estão moduladas pela situação social anterior e pelas características das instituições de bem-estar social, bem como pelo caráter das políticas sociais até então implementadas.

A adoção de uma política social de cunho neoliberal provoca e/ou acentua a estratificação social, cujos elementos básicos são as desigualdades, seja nas condições e qualidade de trabalho, seja no consumo e na proteção social. Dessa forma, não existe acesso igual a serviços da mesma qualidade e na mesma quantidade: o nível de aposentadorías é diverso; a proteção em caso de desemprego (quando existe) é heterogênea; etc.

Por outro lado, discute-se sobre a existência ou não de um **Estado de Bem-Estar** nos países latinoamericanos. Evidentemente, não se pode definir esse Estado da mesma forma nem sequer entre os países centrais, que dirá entre a América Latina e a Europa, e mesmo entre os nossos próprios países latinoamericanos. As características desses Estados estão determinadas pelos processos históricos de sua constituição, cuja dinâmica está permeada por elementos políticos, econômicos e sociais. Esses processos também determinam as características das carências sociais, o que por sua vez influi no conteúdo das políticas sociais.

Unimo-nos a Possas (1992) no resgate do conceito cepalino de **heterogeneidade estrutural**, dada a sua importância (a estas alturas já histórica, e um tanto abandonada) no entendimento dessa especificidade latinoamericana, onde se sobrepõem formas avançadas e atrasadas de organização política, social e econômica, conformando uma complexidade particular e única - frágil, instável e contraditória - aonde se situam **diferentes estruturas de proteção social.**

O que é possível, a nosso ver, sem perder de vista essa heterogeneidade, seria o reconhecimento de uma série de elementos - como o conteúdo e a amplitude das políticas sociais - que indicam a existência de traços de um "Estado de Bem-Estar" na maioria dos países latinoamericanos. Muitos destes países reconhecem em sua legislação o conceito de direitos sociais e elegeram uma seguridade social pública como forma institucional de garantir assistência à saúde, aposentadorias, compensações por doença, maternidade e pela perda de emprego; bem como programas de benefícios familiares e de habitação, entre outros. Assim, e dessa forma introduzimos um elemento que consideramos fundamental nesta análise particular das políticas sociais latinoamericanas, as **reformas neoliberais**, onde ocorreram, **não encontraram uma total ausência de políticas públicas sociais. Contudo, em nome da "necessidade de reformas" houve verdadeiro desmantelamento de programas sociais, muitos dos quais em pleno funcionamento e com coberturas razoáveis.**

É claro que existiam (e existem ainda) uma série de importantes e graves limitações em boa parte dessas políticas sociais. **Estas limitações, no entanto, não só não foram resolvidas pelas mudanças neoliberais, como, em muitos casos, foram agravadas.** Entre elas estão: a má distribuição e a baixa cobertura dos programas sociais; o caráter predominante de seguro social nos sistemas de proteção que exclui os não-contribuintes; a existência de uma estratificação de beneficiários nas políticas de proteção social, segundo o valor dos benefícios, que apenas reproduz a desigualdade pré-existente, inexistindo, portanto, um caráter redistributivo na concessão desses benefícios; a ausência de proteção econômica em caso de desemprego; e, sobretudo, um padrão de financiamento perverso - regressivo e insuficiente -, entre outras. Essas limitações também explicam, na maioria das vezes, a existência de programas assistenciais de caráter apenas suplementar e emergencial; programas esses, por sinal, dirigidos apenas para os "pobres", e que **passam a substituir as políticas sociais nas alternativas neoliberais**.

Dessa forma, alguns autores denominam esse tipo de Estado de bem-estar como "restringido" ou "incompleto" ([2]). Outros, como DRAIBE (1993), colocam que, a exceção de Cuba, "os Estados de Bem-Estar latino-americanos até princípios dos anos 80 são do tipo "meritocrático-particularista", segundo Titmus/Áscoli, ou "conservador-corporativista", segundo Esping-Andersen, distintos portanto seja de um modelo "residual" ou liberal, seja do padrão "institucional-redistributivista" ou "social-democrata" ([3]).

Discordando deste tipo de tipologias, Possas (1992) afirma que as mesmas privilegiam as condições de acesso para distinguir os modelos, sendo insuficientes para dar conta da problemática nos países latinoamericanos. Nestes países, seria necessário considerar que o que condiciona a oferta de benefícios e serviços é a ausência de mecanismos efetivos de controle social, terminando por subordinar-se a uma lógica, perversa e sem critério, de transferência de recursos públicos ao setor privado. Dessa forma, Possas identifica e caracteriza um padrão específico de organização da proteção social na América Latina - o modelo **estatal-privatizador** - que permitiria transcender os limites das tipologias que se referem a Estados de bem-estar consolidados, resgatando os condicionantes econômicos e políticos que definiriam sua especificidade. Esse modelo "estatal-

privatizador" teria se consolidado na América Latina durante as últimas três décadas, num cenário muito complexo e de profundas e rápidas transformações, destacando-se: a) acelerada transição demográfica e epidemiológica, com impacto sobre demanda de serviços e benefícios sociais; b) crise fiscal do Estado, agravada pela exclusão de grandes contingentes do processo produtivo, desencadeando iniciativas "racionalizadoras" de redução da participação do Estado no financiamento da oferta pública de benefícios e serviços; c) rápido surgimento e consolidação de diferentes modalidades do seguro privado e autônomo, englobando uma ampla gama de benefícios e seguro-saúde; constituindo-se em um fenômeno importante em diversos países da região nos anos 80, estabelecendo novos padrões na relação público-privado que fundamenta o modelo estatal-privatizador; d) heterogeneidade na base tecnológica; e) urbanização acelerada nas últimas décadas, conformando uma complexa questão urbana extremamente relevante (e pouco analisada) para a política social latinoamericana; f) instabilidade política no processo de transição democrática de alguns países da região, associada à carência de formas de organização capazes de representar interesses da vida social na materialização do Estado ([4]).

Na análise do chamado "neoliberalismo latinoamericano", LAURELL (1992) chama a atenção sobre a aplicação desse termo, para não incluir sob a mesma denominação processos com conteúdos e significados diferentes. Também é necessário considerar que a adoção de políticas neoliberais como programa de governo não ocorreu simultâneamente, nem seguiu a mesma trajetória em todos os países. Existem diferenças tanto na forma de aplicação das políticas neoliberais como nos seus resultados. Essas diferenças estão associadas às características políticas de cada país, bem como às suas bases econômicas e sociais. Mesmo naqueles países considerados casos "exemplares" de aplicação do modelo neoliberal, Chile e México, existe uma defasagem entre um processo considerado "maduro" e um que não se encontra plenamente consumado. Feitas essas ressalvas, pode-se afirmar que existem elementos que identificam a existência de ensaios neoliberais na maioria dos países latinoamericanos nos últimos 15 anos.

Analisando portanto a Política Social no contexto de implantação do projeto neoliberal, LAURELL(1992a) considera que este último está sendo imposto de maneira mais ortodoxa na América Latina do que nos países centrais, na medida em que se está instrumentando não apenas seus postulados de política econômica como também aqueles de política social.

Esses postulados neoliberais na área social são, básica e sintéticamente, os seguintes: o bem-estar social pertence ao âmbito do privado (suas fontes "naturais" são a família, a comunidade, os serviços privados). Dessa forma, o Estado só deve intervir quando se coloca a necessidade de aliviar a pobreza absoluta e de produzir aqueles serviços que o setor privado não pode ou não quer fazê-lo. Se propõe, portanto, um Estado de Beneficiência Pública ou Assistencialista, no lugar de um Estado de Bem-Estar Social. Os direitos sociais e a obrigação da sociedade de garantí-los por meio da ação estatal, bem como a universalidade, igualdade e gratuidade dos serviços sociais, são abolidos no ideário neoliberal.

As estratégias para reduzir a ação estatal no terreno do bem-estar social são o corte do gasto social, eliminando programas e reduzindo benefícios; a focalização do gasto, ou seja, sua canalização

para os chamados grupos indigentes, os quais devem "comprovar" sua pobreza; a privatização da produção de serviços; e a descentralização dos serviços públicos ao "nível local" ([5]).

No entanto, LAURELL (op.cit.) chama a atenção para o fato de que a aplicação desses postulados neoliberais nos países da América Latina, ao contrário dos países centrais, provoca uma exclusão econômica e social muito mais grave. Além disso, esse processo encontra obstáculos de diversas naturezas, como por ex. o fato de que apenas uma parte da produção de serviços sociais é "rentável", e sua privatização exige a existência de um mercado estável e garantido, para o qual se necessita de medidas estatais de suporte. Existem também obstáculos de natureza política, dado que a supressão dos direitos sociais (em diversos países, como o Brasil, já inscritos em preceitos constitucionais e legais) incrementa gravemente o conflito social, já deflagrado pela própria situação de recessão provocada também por medidas de ajuste neoliberal.

Ou seja, a **privatização**, como elemento central da estratégia neoliberal, só interessa na medida em que a administração de fundos e produção de serviços possam converter-se em atividades econômicamente rentáveis. Nos países latinoamericanos, onde a maioria da população é pobre, passa a existir um processo "seletivo" de privatização, devidamente impulsionado por políticas estatais destinadas a criar e garantir um mercado. Para que isto ocorra, existem ainda três pré-condições: que seja criada uma demanda dos benefícios ou serviços privados, o que só ocorre quando aqueles oferecidos pelo setor público são vistos como insuficientes e/ou de má qualidade (ou seja, tornar o processo de privatização socialmente aceitável); que sejam geradas formas estáveis de financiamento para dar suporte aos altos custos dos benefícios ou serviços privados; e que o setor privado tenha a suficiente maturação para aproveitar o incentivo à sua expansão que a retração estatal significa.

A primeira dessas pré-condições está vinculada diretamente com o **corte do gasto social público**. Esta é uma questão decisiva, a nosso ver, em todo esse processo, além de particularmente conflitiva, e que será vista e discutida ao longo de toda esta tese.

Visto como causa e não como consequência da crise fiscal do Estado, o corte do gasto social tem significado um deliberado desfinanciamento das instituições públicas, desfinanciamento este que tem tido como sequelas a deterioração e o crescente desprestígio dessas instituições. Posições contrárias a essa visão sublinham que a crise fiscal dos Estados latinoamericanos não se deve a um gasto social excessivo, e sim ao problema da dívida pública provocada pela mudança nas relações econômicas internacionais e nacionais. Em seu "Human Development Report" de 1992, a ONU coloca que a elevação da taxa de juros da dívida externa nos anos 80, levando em consideração a queda nos preços dos produtos de exportação dos países subdesenvolvidos, junto com a desregulação financeira, levou a um crescimento desmesurado do serviço da dívida. Para garantir seu pagamento, foram impostos programas de ajuste, acompanhados pelo objetivo central de redução do déficit público. Essa equação foi "resolvida" com o corte de outros ítens do gasto público, principalmente o social, acompanhado da transferência de recursos públicos para o capital especulativo. O caso mexicano ([6]) é ilustrativo dessa situação: o serviço da dívida pública cresceu de 3,3% do PIB em 1980 para 13,7% em 1989; enquanto que o gasto social cai de 8,1% para 6,9% do PIB.

Outro modo de "impulsionar" a demanda privada, proposta pelo Banco Mundial (1990), é através da introdução do pagamento pelo serviço público, justificado por dois motivos. O primeiro afirma que o tesouro público não deveria pagar por um bem "privado" (ou seja, consumido por "indivíduos") como seria o caso dos serviços de educação e saúde, já que alguns se "apropriariam" dos recursos públicos e outros não.

O segundo motivo é que permitiria ao setor público arrecadar recursos para seu "reduzido" orçamento, já que este é considerado uma variável "imutável", baseado no princípio de "austeridade estatal". Com essa medida seriam atingidos três dos objetivos neoliberais: remercantilizar os bens sociais; reduzir o gasto social público; e suprimir a noção de direitos sociais.

Não apenas essa argumentação se baseia em falsos pressupostos - de que os indivíduos vivem isolados e têm acesso ao mercado em igualdades de condições e com os mesmos recursos, com uma contabilidade referida a cada ato de consumo do serviço/benefício social - como na prática ela não atende a nenhum de seus objetivos propostos (a não ser, talvez, a supressão da noção de direitos sociais). A experiência chilena (analisada mais adiante) demonstrou que a cobrança diferenciada de seus serviços de saúde não "remercantilizou" os bens sociais, por falta de demanda que estivesse em condições de pagar por eles; e não contribuiu para aumentar a arrecadação estatal.

Para garantir a segunda condição do processo seletivo de privatização (o de lograr formas estáveis de financiamento para bancar os custos dos serviços/benefícios privados) estão disponíveis, em tese, dois mecanismos. Um seria comprar com fundos públicos os serviços/benefícios ao setor privado por meio da concessão, modalidade que nem sempre prospera no esquema neoliberal cuja política de restrição do gasto público entra em choque com o pagamento dos serviços privados devido a seu alto custo. Outro mecanismo seria através do impulso aos seguros privados.

Nas experiências do Chile, e parcialmente do México ([7]), optou-se por uma combinação desses mecanismos, com a introdução de um seguro obrigatório de capitalização individual. A passagem da parte rentável destes fundos públicos ao setor privado é resolvida de modo distinto segundo o tipo de benefício. Aqueles benefícios que podem ser regidos sob um estrito princípio de equivalência -o reembolso ao segurado não excede o valor pago- são repassados diretamente à administração privada. É o caso, por exemplo, dos fundos de pensões de capitalização individual "em voga" na América Latina que entregam o controle sobre a poupança forçada dos trabalhadores a grupos financeiros privados.

Para outro tipo de benefícios, como é o caso dos serviços de saúde, se estabelecem mecanismos que permitem estratificar a população em função da sua capacidade de pagamento e risco de adoecer. São constituídos dois sistemas paralelos - o privado e o público - de administração de fundos e prestação de serviços, com adscrição "livre" dos segurados a um ou outro sistema. Neste modelo, o setor privado se arroga o direito de recusar os segurados de "baixo pagamento/alto risco" dado que sua quota não dá para pagar a prima; enquanto que o setor público, evidentemente, tem que aceitar a todos. Nas atuais condições de deterioração dos serviços públicos, os segurados com contribuições mais altas tendem a escolher o setor privado, que absorve aos que têm capacidade de pagamento e baixo risco de adoecer - que contribuem mais do que consomem. Já o setor público absorve os de

baixa ou nenhuma contribuição e alto consumo dos serviços: os pobres, doentes, os velhos que consomem mais do que contribuem, em suma, todos os segregados pelo setor privado. Isto, evidentemente, joga o setor público, já deficitário, em um círculo vicioso de deterioração crescente.

Mais uma vez, o caso chileno ilustra esta dinâmica, na medida em que a reforma do seu setor saúde resultou na polarização entre o sistema público - que atende 84% da população com 59% do orçamento - e o privado - que atende a 16% da população e dispõe de 41% do orçamento de saúde. No caso mexicano, dos atuais segurados do sistema público, apenas 20% constitui mercado potencial dos seguros privados de saúde, parcela que no entanto contribui com 45% do orçamento. Se este grupo passasse para o sistema privado, o sistema público ficaria com 55% do orçamento atual para atender a 80% dos segurados, sofrendo novo desfinanciamento, comparável ao do período 1982-1990.

Uma maneira de preparar a mudança radical nos sistemas de seguro/seguridade social e diminuir a resistência política a tal medida é proporcionar incentivos fiscais ao seguro privado paralelo ao público. Ou seja, a transferência de recursos públicos para o setor privado de forma indireta, vía renúncia fiscal (ver isenção do imposto de renda dos seguros de saúde privados no Brasil).

Finalmente, a terceira condição para uma privatização seletiva - a capacidade do setor privado de responder à demanda - fica resolvida no que diz respeito à administração de fundos pela existência prévia de grandes grupos financeiros, cuja expansão e integração foi facilitada pela chamada desregulação financeira. Com relação à ampliação da produção privada de serviços, em muitos países existía anteriormente um setor privado forte, desenvolvido através de convênios com o setor público, particularmente de Seguridade Social, setor esse que pode se inserir no novo esquema de financiamento. Caso não seja suficiente, os "experts" do Banco Mundial recomendam (BANCO MUNDIAL,1990) que o Estado proporcione "estímulos" ao setor privado, como créditos e subsídios iniciais.

O processo generalizado de empobrecimento, agravado pelas medidas econômicas de ajuste neoliberal, combinado com a redução dos direitos sociais, provocou manifestações sociais de insatisfação, aliadas, em alguns lugares, a uma resistência política organizada. Muitos governos latinoamericanos, bem como organismos financeiros internacionais, "inovaram" seu discurso, justificando as privatizações e a retração estatal na esfera do bem-estar social como "o caminho para atingir maior equidade já que ao economizar recursos nos programas universais o Estado pode usá-los para subsidiar aos mais pobres com programas sociais básicos" ([8]).

Dessa forma, na América Latina, o processo de privatização e de retração estatal na área social se vê matizado por programas especiais contra a pobreza. Diversos governos latinoamericanos, assessorados por organismos financeiros internacionais (como o Banco Mundial e o BID), estão promovendo diversos programas estatais com o objetivo declarado de obter níveis "mínimos" de alimentação, de saúde, de educação e de controle da natalidade ([9]).

Em tese não se pode objetar o fato de que se canalizem recursos para os mais pobres. No entanto, quando na prática essa política implica numa mercantilização dos benefícios sociais, numa

capitalização do setor privado, e provoca deterioração e desfinanciamento das instituições públicas, passa a ter outro significado. Além disso, pode-se questionar tanto a "eficiência" quanto a "eficácia" dessa estratégia, na medida em que não contribui para a tão almejada redução do déficit público (já que este continua financiando a cobertura da maioria da população, seja diretamente vía serviços públicos, seja indiretamente vía subsídios ou renúncia fiscal em favor do setor privado); nem tampouco vem demonstrando efetividade no atendimento aos "mais pobres", seja pela magnitude dessa parcela da população, seja pelos parcos recursos que vem empregando, muito aquém das necessidades, mesmo quando se trata de programas focalizados. O caráter geralmente "emergencial" desses programas leva a que seus recursos sejam utilizados de forma discricionária pelo Poder Executivo Federal, propiciando, entre outras coisas, o clientelismo político.

No que diz respeito à tão propalada estratégia de **descentralização** utilizada pelas políticas neoliberais, ela não tem como propósito democratizar a ação pública e sim viabilizar a privatização, deixando ao nível local a responsabilidade do financiamento, da administração e da produção de serviços. Essa foi uma colocação central no "Novo Federalismo" de Reagan nos EUA que encontrou fortes resistências por parte dos Estados federados, já que era usada como pretexto para diminuir os recursos federais destinados aos serviços públicos. Na América Latina, a descentralização com essas características tem sido promovida ativamente pelos organismos financeiros internacionais, os quais condicionam seus empréstimos para programas sociais à adoção dessa estratégia, e à contrapartida financeira por parte das administrações locais. Sem dúvida, o problema central dessa proposta de descentralização em países com enormes desigualdades regionais é o da equidade.

MÉDICI(1993) também conclui que, ao contrário do que ocorreu nos países europeus, a América Latina tem sido um grande "laboratório" para experiências neoliberais no campo das políticas sociais. Apesar dessa conclusão geral, o autor chama a atenção para as especificidades observadas nos países latinoamericanos, tais como:

- essas experiências tem sido, na maioria dos casos, "incompletas, desordenadas e pontuais"; sendo que, até o presente, o Chile foi a única experiência de caráter radical na natureza, conteúdo e forma neoliberais adotadas pelas políticas sociais;

- alguns fracassos dessas experiências levaram à reformulação propositiva das próprias agências de financiamento internacional, como foi o caso do Banco Mundial para o Setor Saúde: as recomendações de privatização e de adoção de "mecanismos de mercado" para atingir maior "eficiência" no setor foram substituídas por uma revalorização do papel do Estado , reconhecendo atividades que apenas ele poderia assumir e/ou administrar na área de Saúde.

No entanto, em nome das "necessidades de estabilização e crescimento", as experiências na área social continuam a ser implementadas, justificando-se cortes nos investimentos e custeio dos programas sociais latinoamericanos, os quais, como já foi apontado, tem provocado impactos muitíssimo mais negativos do que os observados na Europa.

Diante desses impactos, MEDICI(op.cit.) aponta que muitos programas neoliberais na área social são "envergonhados", não assumindo todas as características preconizadas no modelo visto acima.

Diferenciando-se de outros autores que identificam mudanças neoliberais (na direção do modelo "residual ou liberal") nas políticas sociais latinoamericanas na última década, DRAIBE (1993) afirma que poucos foram aqueles países que de fato reformaram seu sistema global de bem-estar, situando apenas o Chile nessa situação. Em outro artigo, a mesma autora (DRAIBE,1993a) acrescenta que além de terem sido poucos os programas sociais "efetivamente reformados" na região, alguns o foram em sentido inverso ao preconizado pelo neoliberalismo, já que faziam parte das agendas de reformas originadas a partir dos processos de redemocratização ocorridos em alguns países da região. O pouco "sucesso" observado nestas reformas é explicado pelas próprias restrições impostas pela crise, e pelo contínuo "bombardeio ideológico" (acusações de populismo, desperdício, etc.) a que são submetidas.

Outros países, segundo Draibe (1993), reestruturaram algum programa, em geral o de saúde ou o da previdência social, ou concentraram suas prioridades em programas emergenciais e fundos de investimento social. Todos passaram por algum tipo de modificação, experimentação ou inovação institucional, já que partilharam das dificuldades da crise e da deterioração dos serviços públicos. Muitos seguem ainda hoje com a agenda "aberta", iniciando os anos 90 ainda buscando alternativas aos modos de organizar seus programas sociais.

Por outro lado, essa mesma autora desenvolve toda uma argumentação no sentido de que a agenda neoliberal de reformas foi modificada no início dos anos 90. Esta alteração estaria relacionada com "os desafios da modernização e da melhoria da competitividade sistêmica das economias, na busca da integração internacional e do crescimento sustentado" ([10]).

Um dos elementos que teriam voltado a fazer parte da agenda neoliberal seria o investimento nos "recursos humanos", através do reforço às políticas sociais de educação, saúde e infra-estrutura social. Mesmo reconhecendo que esta inflexão estaria ainda pouco explícita, ela pareceria reverter, em parte, as teses sobre diminuição do papel do Estado e sobre a focalização e seletividade, ao menos nessas duas áreas citadas.

Esse investimento em recursos humanos estaria respondendo às "novas exigências para a mão-de-obra", em função da "confirmação da profundidade da nova onda de inovações técnicas, organizacionais e financeiras que se vêm propagando nas economias avançadas." As bases institucionais desse investimento estariam relacionadas com as redes públicas de educação e com programas universais de saúde coletiva; redes e programas "próprios da ação estatal e muito pouco adequados a modificações do tipo focalização ou privatização" ([11]).

Essas diretrizes, já firmadas no "cenário do Primeiro Mundo", também seriam incorporadas nas "novas estratégias de crescimento que se vêm desenhando na América Latina" por duas ordens de razões. Em primeiro lugar, estariam as razões de ordem econômica. Estas partem do pressuposto de que a pobreza, entendida como o não acesso de vastas camadas da população a bens e serviços básicos, agravou-se, passando a constituir "**entrave** à modernização das economias e a sua conversão a formas mais descentralizadas, mais abertas, mais adaptáveis e dinâmicas do ponto de vista tecnológico" ([12]).

Em segundo lugar, estariam as razões de ordem política. Aqui a eliminação da pobreza e das desigualdades sociais passa a ser condição de estabilidade política. Ou seja, "a estabilidade dos ajustamentos estará comprometida se os piores desequilíbrios sociais não forem eliminados, antes mesmo de se transformarem em desequilíbrios políticos" ([13]).

Aqui as políticas de crescimento e de emprego foram consideradas como as mais eficientes em termos de investimento social, particularmente em países como os da América Latina. Dessa forma, a "nova agenda" de reformas de programas sociais perderia o "viés negativo" do momento anterior, incorporando ao ideário de "modernização neoliberal" algumas "lições ou tradições do passado". Draibe situa a proposta da CEPAL, apresentada em 1991, de "transformação produtiva com equidade" como tendo surgido já com essa conotação. Documentos de outras agências internacionais também estariam insistindo na importância dessa "nova fase de reformas", voltando a dar destaque à questão social.

Dessas afirmações nos ficam algumas dúvidas e problemas para discussão, que remetemos para o capítulo sobre Brasil e para as Conclusões finais.

Outra tese defendida por Draibe, é a de que propostas tidas como constitutivas da agenda neoliberal de reformas dos programas sociais na América Latina, foram também apreendidas, "de outro modo", por outras correntes e concepções. Para exemplificar, ela discute a proposta da Renda Mínima e as propostas de descentralização, privatização e focalização.

Diversos Estados contemporâneos, neoliberais e outros, vêm adotando a **renda mínima em dinheiro** como substitutivo à forma estatal de produção de serviços e bens sociais. A lógica subjacente a essa proposta, bem como seus pressupostos teóricos, têm origem liberal. Para estes, e sobretudo para os atuais neoliberais e conservadores, a renda mínima parte de uma visão residual do Estado e de sua política social, onde esta proporcionaria apenas aquilo que o indivíduo não pudesse obter vía "mercado" ou vía recursos familiares e/ou da "comunidade". Esta concepção se traduz em uma estratégia onde o Estado assume a renda mínima e repassa para o setor privado os demais serviços sociais, inclusive os benefícios relativos ao Seguro Social. Outra idéia cara a essa concepção de renda mínima (também chamada de "imposto negativo", "renda mínima diferencial", ou "dividendo social") é a do respeito a um dado teto superior, limite além do qual tenderia a haver "desestímulo ao trabalho" ([14]).

Por outro lado, no chamado "campo progressista", essa proposição surge com outra justificativa, a do "reforço da solidariedade social, fundada sobre as novas bases da produtividade e economia do trabalho" ([15]). Seus pressupostos estão relacionados com as consequências, como a marginalidade e o desemprego, do processo de forte redução do trabalho. Essas consequências sociais, por sua vez, trazem forte impacto negativo sobre os sistemas de proteção social, acentuando a ruptura entre os "protegidos" e os "excluídos". Estes últimos vão incrementar a demanda por políticas e programas assistencialistas.

No entanto, essa ampliação da política assistencial não pareceria indicar, a nosso ver, uma alteração da base dos sistemas contemporâneos de proteção social, qual seja , o seguro social assentado na relação salarial. Ao contrário, os benefícios sociais estão cada vez mais vinculados e

restritos aos incorporados no mercado de trabalho e são diretamente proporcionais à sua renda como assalariado, não ocorrendo portanto a dissociação apontada entre emprego-renda-contribuição e seguro social-benefícios proporcionais.

A chamada política de "flexibilização" do mercado de trabalho, ao expulsar um número cada vez maior de pessoas do emprego formal, é que produz um contingente cada vez maior de excluídos do seguro social. Estes "novos excluídos" somados aos, digamos, "excluídos estruturais", passam a ter acesso apenas aos serviços públicos sociais de caráter universal. Esta demanda ampliada, associada ao processo de desestruturação e desmantelamento dos serviços públicos sociais universais, observado na maioria dos países latinoamericanos (e também do "Primeiro Mundo") é que levou, a nosso ver, a uma ampliação da chamada política assistencial, de caráter substitutivo, típicamente emergencial, episódica, e residual, dados os insuficientes recursos que geralmente envolve, tanto do ponto de vista quantitativo como qualitativo.

Uma concepção progressista de renda mínima seria aquela baseada em uma nova forma de "solidariedade social", e que, "ao lado dos seguros sociais, reforçaria os laços de solidariedade entre os cidadãos -empregados ou não- agora sob esta forma de "salário da exclusão social" ou "salário-cidadania", fortalecendo assim a eficácia redistributiva do sistema de proteção social" ([16]).

O aspecto de que essa renda mínima garantida deveria estar associada à manutenção da oferta dos serviços sociais públicos e universais, eliminando assim seu caráter substitutivo, é que nos parece ser o mais relevante. Explicando melhor, ela deve ser "substitutiva" de uma renda perdida ou inexistente para os cidadãos excluídos do mercado de trabalho, mas **não** deve substituir o funcionamento pleno de uma rede de serviços sociais básicos, que mal ou bem sempre estiveram dirigidos a esses mesmos excluídos, sob pena dessa nova "renda" ser reduzida a nada, caso tenha que pagar, por ex., pela educação e saúde dos filhos de uma família. Neste sentido, a idéia de que uma renda mínima propicie ao cidadão uma suposta autonomia, sugerindo "uma ampliação da liberdade dos indivíduos e das famílias para buscarem a alternativa de serviço social que lhes aprouver" ([17]), é no mínimo totalmente irreal tendo em vista as condições de vida e de acesso aos serviços básicos em que se encontram imensos contingentes populacionais em nossos países latinoamericanos ([18]).

A reestruturação dos programas sociais, através da descentralização, da focalização e da privatização, é reconhecida como estratégia preconizada pelo neoliberalismo, sobretudo quando ela se dirige a países latinoamericanos em processos de ajuste econômico. As razões do "neoliberalismo dos primeiros tempos da crise", conforme denominação de Draibe ([19]), eram menos de justiça social e mais de ordem econômica, no sentido de redimensionar e redirecionar o gasto social. As medidas nesta direção, definidas em tempos de crise, queda da renda e desemprego, esbarraram no problema da pobreza, posta pela crise e agravada pelo tipo de ajuste econômico. Como resposta, implementou-se uma "reorientação" do gasto social concentrando recursos em determinados programas (programas comunitários de "auto-ajuda", cestas básicas de alimentação, programas de emprego de emergência, entre outros) dirigidos a grupos específicos considerados mais carentes.

Esse tipo de estratégia tem sido alvo de diversos tipos de críticas diante da insuficiência dos resultados no que diz respeito à melhoria das condições de vida da população pobre. Seus efeitos,

socialmente injustos, foram identificados pela CEPAL ([20]): "Dado que as propostas de focalização e privatização se dão no marco de agudas desigualdades sociais, elas contribuem para consolidar a desigualdade. Por um lado, cria-se um sistema privado de serviços sociais de alto nível, financiado pelos estratos de melhores rendas e cujo acesso a eles é restrito. Por outro, se estabelece um sistema estatal de assistência social, de exíguo orçamento, já que os estratos de renda mais alta não contribuem com ele, que distribui somente alguns serviços básicos à porção indigente da população."

Por outro lado, medidas de focalização, de seletividade, de descentralização e de envolvimento de setores privados, não podem ser consideradas, segundo Draibe (op.cit.), como exclusivas da estratégia neoliberal ou conservadora. Propostas consideradas socialmente progressistas podem envolver esses ingredientes de forma diversa, através de políticas mais radicais e abrangentes de erradicação da pobreza. Estas envolveriam formas mais ambiciosas e socialmente amplas de focalização e seletividade, **simultâneamente à modernização dos grandes sistemas de saúde e educação básica de corte universalista.**

Esse reconhecimento de alternativas socialmente progressistas de reordenamento das políticas sociais não deve suprimir, no entanto, as críticas ao enfoque focalizado e seletivo quando associados a práticas privatizantes excludentes e à ausência de controles e garantias de caráter público. Estas críticas podem ser sintetizadas nos seguintes pontos ([21]):

- essas práticas provocam uma descontinuidade e uma precariedade muito grandes na política social (sobretudo porque vêm acompanhadas de cortes orçamentários), tendendo a "assistencializá-la";

- elas também abrem espaço para a arbitrariedade daqueles que decidem sobre a "necessidade" dos beneficiários, verificada através de "testes de meios" (de modo geral imprecisos e estigmatizantes);

- os processos de descentralização podem agudizar os graus de diferença individual, social e regional, em ausência de adequados mecanismos de repasse de recursos e de acompanhamento por parte de organismos centrais;

- o risco de que ocorra uma duplicidade na política social é alto, dividindo os cidadãos entre aqueles que recebem uma "política social para pobres" e aqueles que tem acesso a serviços sociais mais bem equipados e sofisticados, e que na maioria das vêzes são também financiados por recursos públicos, direta ou indiretamente.

Finalmente, Draibe também chama a atenção para as críticas feitas à "concepção universalista" de políticas sociais. Estas seriam, em resumo, as seguintes ([22]):

- ela impediria, na crise, o estabelecimento de prioridades "no interior" das políticas sociais;

- ela é muitas vezes associada a "exagerados graus de estatismo, burocratismo, institucionalismo e, principalmente corporativismo...";

- o caráter gratuito, uniforme e geral do fornecimento de certos bens e serviços sociais por si só não garante o acesso dos beneficiários, nem impede a introdução de distorções, tais como o acesso de grupos privilegiados da população em detrimento dos mais necessitados.

Os países da América Latina, na realidade, já experimentaram diversas reformas de políticas e programas sociais na última década, algumas com um perfil mais conservador (neoliberal) e outras na direção da chamada concepção universalista. As primeiras vieram, de modo geral, acompanhadas de políticas de ajuste econômico. As segundas, vieram no bojo de processos de redemocratização vividos por alguns países nos 80. Segundo Draibe , a crise (econômica) vem concorrendo para que muitas dessas experiências tenham resultados parecidos, embora com programas e concepções diferenciados; concluindo que, "mais que reformas e reestruturações de monta, o que a região vem sofrendo é um acentuado processo de deterioração dos serviços sociais públicos, a par do empobrecimento da população" ([23]).

A política social, por outro lado, apresenta grande diversidade de situações nos países latinoamericanos segundo certos parâmetros como: grau de integração da política social na agenda, explicitado pelo coeficiente de tributação, o nível do gasto social, o número de instituições envolvidas, a eficácia na cobertura dos serviços e grau em que têm contribuido ou não para reduzir as desigualdades. Seria importante estabelecer eventuais correlações desses parâmetros com o tipo de problemas que devem ser superados ao reestruturar a política social e, portanto, com tipos de reestruturação peculiares ([24]).

No entanto, apesar da diversidade de situações, é oportuno destacar diversos aspectos das políticas sociais que dizem respeito à sua reestruturação e designam os assuntos problemáticos mais comuns na prestação de serviços, relacionados com a "morfologia" da política social ([25]):

1. **Aspectos Financeiros**: contribuições regressivas; opacidade ou transparência do gasto social; controle sobre o gasto; financiamento regressivo ou progressivo; cálculo de custos.

2. **Problemas de impacto redistributivo**: não cumprimento da vocação da universalidade quando esta foi proposta; polarizações regionais do gasto social, e, dentro das diferenças regionais, desatenção com os setores pobres da população; concentração de subsídios em grupos privilegiados (efeitos regressivos); filtrações do gasto para setores que não são o objetivo dada a implementação inadequada de programas.

3. **Aspectos administrativos e institucionais**: ausência de uma trajetória orgânica, coordenada e coerente das diversas políticas sociais ao longo do tempo; tradicionalismo, inércia vs. descontinuidade na execução das políticas e surgimento episódico de novos temas e instituições, o que impede a maturação das mesmas; relações competitivas entre as diversas organizações encarregadas da política social; fragmentações administrativas, superposições incoerentes, duplicidade vs.coordenação.

4. **Objetivos das políticas**: contradições intrínsecas entre perspectivas de solidariedade social e diretrizes acordes com cálculos diferenciais dos serviços; contradições intrínsecas entre as intervenções setoriais e a busca de uma globalidade das políticas; ausencia de diretrizes nacionais para as políticas; indefinição dos problemas a resolver, sua natureza e dimensões.

5. **Aspectos políticos**: participação cidadã e da burocracia na tomada de decisões; clientelismo e consolidação de privilégios vs.universalidade e seletividade progressiva; incidencia do corporativismo em diversos níveis; debilitamento da base social de apoio às políticas sociais, devido

a efeitos da pugna distributiva e da crise fiscal; implantação de regimes políticos não democráticos; insatisfação dos usuários com os serviços; pressões externas relacionadas com o objetivo de restringir o espaço estatal.

6. **Qualidade dos serviços**: inadequados ao crescimento da população; baixa eficiencia da cobertura; não adequação às necessidades; baixos rendimentos; segmentação dos serviços: acesso desigual aos serviços e diversidade das prestações, em detrimento dos mais fracos politicamente; influencias corporativas.

7. **Eficacia e eficiência dos serviços e do gasto social**: filtrações; custos administrativos excessivos; baixa produtividade do investimento; currupção na administração de fundos.

A esse tipo de problemas se agregam outros, em diversos planos contextuais:

8. **Efeitos negativos da política econômica sobre a social**: sobre-exigência das metas da política social devido a mecanismos regressivos da política econômica; redução inadequada do gasto social; redução da receita disponível devido a contrações no emprego; elevação das pressões sobre o gasto para atender a setores que não podem satisfazer suas necessidades devido a fatores da distribuição da renda; efeitos regressivos da política econômica (por ex. da política fiscal e de salários) na estrutura da receita; participação inadequada de diversos grupos sociais no financiamento do gasto social.

9. **Efeitos negativos da estrutura econômica sobre a política social**: excessiva concentração dos ativos com repercussões na pobreza estrutural; estrutura concentrada da renda.

Note-se que a distinção de planos e aspectos feita acima não coloca relações de causa e efeito. Por outro lado, os problemas assinalados não dizem respeito únicamente à prestação pública de serviços sociais, pois também se apresentam no caso de serviços privados. Um estudo recente do Banco Mundial sobre o setor saúde na Argentina, além de outros, mostra o dramático de suas dimensões no sistema privado argentino das obras sociais: altos custos; fragmentação de economias de escala; superposição de serviços em áreas rentáveis e brechas não cobertas nas menos rentáveis (como o cuidado aos idosos, atenção materno-infantil, rehabilitação e atenção primária); diversificação de benefícios; custosas duplicações de infraestrutura; e regressividade. Por outro lado, os hospitais públicos que se descentralizaram e introduziram a cobrança por serviços, enfrentam grave deterioração de serviços ([26]).

A complexa "morfologia" dos serviços sociais implica que a reestruturação para lograr maior equidade e eficiência deve ser colocada sob uma forma compreensiva, irredutível a opções de "saneamento financeiro" e/ou de repentinas mudanças de critério com respeito à população beneficiada. Por outro lado, a enorme variedade de situações nacionais e setoriais impede a colocação de "soluções globais" no continente.

NOTAS

(1) Laurell,1992.
(2) Laurell, op.cit.
(3) Draibe,1993, p.7
(4) ver Possas,1992,p.318-319
(5) Ver Taylor-Gooby, apud Laurell,1992a,.p.5
(6) Que será analisado adiante no item 8.2
(7) Ver no item 8 deste Capítulo o detalhamento das Experiências do Chile e do México.
(8) Banco Mundial,1990,p.143
(9) Ver a esse respeito os documentos dos referidos organismos internacionais, como: "O FMI, o Banco Mundial e a crise latinoamericana", Siglo XXI, México, 1986; Levy,S. "Poverty alleviation in México", Working Papers, World Bank, 1991; in ibid.p.6.
(10) Draibe,1993a,p.93
(11) id.ibid.
(12) id.ibid.
(13) id.ibid.
(14) ibid,p.94
(15) id.ibid.
(16) id.ibid.
(17) id.ibid.
(18) Voltaremos a esta discussão no item 8 (Políticas e Programas de combate à pobreza no Brasil) do capítulo II, discutindo as propostas concretas que estão em pauta.
(19) Draibe,1993a,p.98
(20) CEPAL,1988, p.5
(21) Draibe,op.cit.,p.100
(22) id.ibid.
(23) ibid.p.101
(24) ver CEPAL,1989
(25) ver CEPAL, op.cit.,p.6-7-8
(26) Kátz e Muñoz,1988;in ibid.p.8

CAPÍTULO I: AMÉRICA LATINA

4 - A Política Social e o combate à Pobreza

Em 1986 a CEPAL (Comissão Econômica para América Latina e o Caribe), o PNUD (Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento), o PREALC (Programa Regional de Emprêgo) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), lançaram um documento (CEPAL,1986) contendo **estratégias para a superação da pobreza**. Nesse documento fica clara a preocupação com a **articulação entre políticas específicas de combate à pobreza e políticas e estratégias de desenvolvimento social**, chamando a atenção para a relação entre as políticas econômicas e as políticas sociais, como duas dimensões inseparáveis do desenvolvimento.

Em regiões que contêm sociedades heterogêneas e complexas, com maior ou menor grau de diferenciação, e com requerimentos crescentes, as políticas e estratégias para o seu desenvolvimento social devem necessáriamento combinar a superação da pobreza, o logro de uma equidade mínima para todos os membros da sociedade e uma satisfação razoável das demandas de grupos com diferentes posições na ordem social. "As sociedades latinoamericanas não se reduzem a uma dicotômica distribuição interna de pobres e não pobres, existindo diferentes situações de renda e necessidades sociais."... "A política social deve evitar a concentração dos recursos públicos em determinados grupos, o que ocorre com prejuízo de setores rurais e urbanos mais pobres, e procurar alocar cuidadosamente os escassos recursos disponíveis para assegurar uma progressividade na distribuição da renda. No entanto, também deve evitar que as mudanças realizadas com este propósito reduzam à condição de pobres os grupos que atualmente não o são, entre outras razões, por efeito das próprias políticas sociais" ([1]).

As políticas de subsídios em bens para os setores da população que se encontram em situações de alto risco possuem alta prioridade. Ditas políticas, no entanto, devem cumprir uma dupla função: a de atender à emergências sociais imediatas, e a de criar as condições para a aplicação de uma estratégia mais completa. Dessa forma, **as políticas de distribuição de alimentos e as de atenção primária à saúde, que são indispensáveis no imediato, devem estar vinculadas a políticas que não levem em conta apenas o curto prazo, mas também o médio e o longo prazo.**

"Tanto as políticas de emergência e de subsídio aos pobres, bem como as de reorientação das políticas sociais devem ser desenhadas tendo por objetivo final a criação das condições de integração social que são a base do desenvolvimento produtivo. Isto supõe que o desenvolvimento social tem por objetivo estabelecer a cidadania social, ou seja, lograr para todos certas condições básicas de desenvolvimento biológico, formação intelectual e de trabalho, e acesso à renda. Esta cidadania social constitui o fundamento da cidadania política, que é, por sua vez, a base dos sistemas democráticos dos países da região" ([2]).

"A obtenção da integração social supõe que as pessoas, por sua condição de cidadãs, têm direito a participar no sistema político, a organizar-se para defender seus direitos de trabalhadores, de consumidores ou de participantes em organizações sociais, na perspectiva de uma democratização crescente do poder político e social" ([3]).

Tomando em conta a magnitude da população atualmente afetada pela pobreza, bem como a desigualdade existente, mesmo antes da crise, quanto ao acesso aos serviços sociais, às ocupações modernas e a adequadas condições de renda, a estratégia de superação da pobreza deverá fixar prioridades, as quais poderiam ser assim sintetizadas:

- políticas tendentes a evitar a reprodução da pobreza, a exclusão e a segmentação social nas novas gerações;

- políticas de incorporação da juventude às ocupações nos setores mais dinâmicos da economia;

- políticas de equipamento de bens de produção, instalações de uso social e sistemas de apoio, com vistas a aumentar a produtividade dos recursos humanos existentes;

- políticas de geração de emprego produtivo;

- políticas de distribuição de renda e ativos.

Com essa perspectiva, portanto, as denominadas "estratégias nacionais - segundo condições de desenvolvimento e impacto da crise externa - poderão dar ênfase desde o início a políticas de tipo geral, aquelas que proporcionem o acesso universal a toda a população, ou a políticas dirigidas para grupos de extrema vulnerabilidade. No entanto, estas últimas terão que perseguir o objetivo de que os setores sociais excluídos adquiram progressivamente o acesso aos serviços e aos bens, o que lhes permitirá alcançar as condições básicas disfrutadas pelos grupos sociais incluídos, especialmente no que diz respeito à não reprodução da pobreza e da exclusão" ([4]).

A estratégia de desenvolvimento social, a partir desse enfoque (totalmente diferenciado daquele preconizado por outros organismos internacionais, como o Banco Mundial e o BID), compreende dois grandes conjuntos de ações. O primeiro conjunto, relativo às pessoas e às Instituições Sociais, se refere à criação das condições necessárias para a plena incorporação à vida útil e à garantia da seguridade social básica. Compreende políticas de saúde e proteção social durante a gravidez, parto e primeira infância; de educação em tempo integral, integrada à serviços de saúde e alimentação; de capacitação dos jovens e dos adultos; de equipamento em bens produtivos e de uso social; de sistemas de apoio a projetos comunitários e sociais; e, finalmente, de prestações básicas em caso de incapacidade. Todas essas políticas têm por finalidade evitar que se reproduzam, de uma geração a outra, as condições de pobreza e exclusão de certos grupos da sociedade, com vistas à integração social e à cidadania social mencionadas acima.

O segundo conjunto de ações, relativo às Instituições Econômicas, se refere à criação das condições necessárias para valorizar os recursos humanos, ampliar os mercados e lograr uma eficiência produtiva e social para a região. Compreende políticas de ajuste estrutural com equidade, de investimento e de retomada do crescimento, de emprego produtivo, de distribuição de renda, e finalmente orientações para a participação do Estado no âmbito econômico. O conjunto dessas políticas implica em mudanças no estilo de desenvolvimento, com importantes repercussões para a situação de emprego na região.

Com o objetivo de romper com o círculo vicioso da reprodução da pobreza, esse tipo de estratégia considera prioritária a atenção aos grupos sociais mais vulneráveis, para os quais devem

dirigir-se primeiramente as suas ações. Estas poderão posteriormente extender-se como serviços regulares a toda a população. Os grupos sociais considerados prioritários são:

- a população indígena, evidentemente nos países onde ela ainda exista, ou a população cultural e socialmente separada por barreiras linguístico-culturais. Estes grupos costumam registrar os indicadores sociais mais desfavoráveis;

- a população rural, cujos maiores contingentes pertencem a países de menor desenvolvimento. Neste setor da população se registram carências agudas em termos de alimentação, saúde e educação, e continuam discriminados com respeito às políticas sociais;

- a população urbana pobre de áreas não metropolitanas, cujas médias de renda familiar, salvo exceções, são inferiores às de famílias de posição similar residentes nas capitais e em cidades que são polos de desenvolvimento. Também a quantidade e qualidade da infraestrutura de serviços sociais são precárias, ainda que em cidades menores a qualidade dos serviços possa melhorar por participação comunitária e maior dedicação dos recursos humanos. Políticas ativas de geração de empregos e melhoria da qualidade dos serviços sociais são condição indispensável para incorporar essa população ao processo de mobilidade social;

- a população urbana pobre de áreas metropolitanas, afetada por antiga e prolongada marginalidade. Em todas as grandes cidades, existem importantes setores sociais que não puderam incorporar-se ao processo de mobilidade social, produzindo gerações que permanecem em situação de "marginalidade". Para este grupo, o documento da CEPAL (op.cit.) levanta apenas a necessidade da incorporação à sociedade das novas gerações pertencentes a esse grupo, através de políticas específicas de atendimento às etapas de reprodução e de formação das crianças e jovens, além da atenção às famílias.

A nosso ver, para este último grupo também se exigem investimentos sociais, tanto na geração de empregos como na oferta de serviços sociais, com a ressalva de que devem assumir uma escala bem maior que os anteriores, tendo em vista a dimensão do problema social que envolve grandes contingentes populacionais.

O último grupo é o das famílias chefiadas por mulheres, que de modo geral são as mais pobres e as mais propensas a reproduzir de uma geração a outra a pobreza e a exclusão. Esta categoria de famílias está em rápido crescimento, tanto nas sociedades rurais como nas urbanas, e, apesar de que se tem comprovado que estão em condições de alto risco, as políticas públicas para sua proteção são inexistentes ou de ínfimo alcance.

Na exposição desta estratégia de combate à pobreza fizemos questão, inclusive, de reproduzir alguns trechos do documento, a fim de **ressaltar o enfoque mais abrangente dado à Política Social; enfoque esse que claramente se modifica em outros documentos, aqui analisados também subscritos por entidades internacionais, mais ao final da década, e, sobretudo, no início dos anos 90. Nestes, o enfoque é nítidamente mais restrito, no sentido da seletividade da focalização das políticas de combate à pobreza, desvinculadas de políticas públicas mai abrangentes.**

Mais recentemente, no bojo do "PROPOSAL" (Programa Conjunto sobre Políticas Sociais para América Latina), e sob o patrocínio do ILPES e da OEA, FRANCO e COHEN (1992) colocam a erradicação da pobreza como desafio para os anos noventa.

Essa perspectiva que centra a política social no combate à pobreza, segundo a qual os grupos ou pessoas que não estão em condições de satisfazer suas necessidades mais urgentes devem ser atendidos preferencialmente, assume maior ênfase após a crise dos anos oitenta.

Para que se possa gerar essa "reorientação da ação governamental", se coloca como necessário, préviamente, um Estado que seja mais "flexível", mas que mantenha a sua "autoridade". Suas funções principais seriam as de "compensação" e "concertação social" ([5]).

As tarefas de compensação, requeridas para a superação da pobreza, tornariam inaceitáveis o "acesso segmentado" que caracterizaria os serviços sociais estatais, bem como o "universalismo apenas aparente" das políticas sociais. Exigiriam também superar o "tradicionalismo" que dificultaria a reorientação da política social. Tampouco caberia aqui a colocação de ampliar o já existente, dado que, entre suas muitas deficiências, estaria a de não ter contribuído para a redução da pobreza.

Dessa forma, são estabelecidos uma série de princípios que reorientariam as políticas sociais. O primeiro deles seria a implantação da **"discriminação positiva"**. Partindo do pressuposto de que a escassez de recursos é um obstáculo para a prática de políticas universalistas, a **seletividade** se fundamentaria na necessidade de concentrar ações nos pobres, posto que "a equidade aconselha a não aplicar a mesma solução a situações que são distintas" ([6]).

A aplicação do princípio da "compensação" exigiria o cumprimento, por outro lado, das seguintes condições:

- A adoção de uma concepção "sintética" do social. Partindo da constatação de que o campo das políticas socias estaria se ampliando, desbordando inclusive aos setores sociais "tradicionais", havendo um crescimento acumulativo de temas e preocupações, o que levaria a uma fragmentação em múltiplas ações que terminam sendo inefetivas, já que não produziriam um impacto de "transcendencia". Daí resultaria a necessidade de manejar o social como uma "totalidade dotada de unidade e com níveis claros de hierarquização", impondo-se uma "síntese" para centrar-se no que "realmente importa" ([7]).

- A adoção da **focalização** das prestações sociais, identificando, com a maior precisão possível em cada caso, o conjunto dos beneficiários potenciais, com o objetivo de provocar um impacto *per capita* elevado mediante transferências monetárias ou entrega de bens ou serviços.

Outro princípio reorientador das políticas sociais seria lograr um **uso eficaz dos serviços**. A fim de que os serviços cheguem realmente aos supostos beneficiários, se deveria:

- Redefinir a oferta de serviços sociais, superando os entraves "burocráticos" e colocando alternativas para alterar a forma em que se realizaria a oferta e a recepção dos serviços e bens.

- Facilitar a demanda por prestações sociais, proporcionando informações sobre os serviços existentes, utilizando, de preferência, os meios de comunicação de massas.

- Reduzir os custos para os usuários, partindo da constatação de que muitas vezes existem custos diretos ou indiretos que podem desestimular a solicitação pelo serviço. O exemplo fornecido é

o do custo de material escolar, roupa, merenda, transporte, no caso da Educação, para o que, além de eliminar esses custos, se deveria estabelecer algum tipo de subsídio que fizesse atrativa a opção pela escola, tanto para as próprias crianças como para suas famílias.

- Considerar as "estratégias de sobrevivência" das famílias. O desenho de políticas públicas deveria considerar "a forma de atuação e de repartição dos bens no seio da família"([8]).

As posições e atividades dos governos latinoamericanos no combate à pobreza

Trataremos aqui de sintetizar posicionamentos de governos latinoamericanos, e algumas organizações internacionais, no que se refere ao combate à pobreza, expressos nas II e III Conferências Regionais sobre a Pobreza na América Latina e o Caribe (1990 e 1992, respectivamente).

Com relação às organizações internacionais, nos limitaremos aqui às colocações da CEPAL, do UNICEF, e do FMI.

As posições da CEPAL, de modo geral, vem sendo apresentadas ao longo desta tese, através da análise de diversos de seus documentos. Fica aqui apenas o registro da intervenção de seu representante, E. Ottone, na II Conferência Regional sobre a Pobreza. Constatando a presença da pobreza como um elemento constitutivo da história da região, afirma que a CEPAL, desde a sua criação, há 42 anos, considerou o problema da pobreza como central em suas preocupações. Mesmo nos anos de crescimento econômico, a CEPAL manteve a postura de evitar os efeitos concentradores e excludentes que geravam um padrão de desenvolvimento inequitativo, o que não permitia a extensos setores sociais, tanto urbanos como rurais, sair da pobreza. Se por um lado a CEPAL afirma que uma estratégia para superar a pobreza é em essencia uma estratégia de crescimento e desenvolvimento, por outro reconhece que isto não garante por si a eliminação nem uma diminuição significativa da pobreza. Para que um novo dinamismo econômico se conjugue com uma maior equidade, será necessário que, desde o início, esteja acompanhado de um conjunto de medidas redistributivas que englobem aspectos muito diversos ([9]). Este conjunto de medidas deverá, naturalmente, adaptar-se à extrema diversidade que apresenta a pobreza na região tanto em forma como em magnitude, de país a país e do âmbito urbano ao rural.

A CEPAL preparou uma proposta para o desenvolvimento econômico e social dos países da região nos anos 90 que está contida no documento "Transformacão Produtiva com Equidade". Nesta proposta se privilegiam os objetivos de competitividade internacional e equidade em um contexto institucional democrático pluralista participativo e no marco de um desenvolvimento ambientalmente sustentável. A obtenção da equidade, que supõe o combate à pobreza, é parte integrante e não subordinada dessa estratégia.

O Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), representado pela Diretora Regional da América Latina, T.Albanez, apresentou seu "Plano de Ação" (para a aplicação da "Declaração Mundial sobre a sobrevivencia, a proteção e o desenvolvimento da Criança"), no qual existe um capítulo exclusivo sobre a "Mitigação da Pobreza e reativação do crescimento econômico". Esse

plano indica que "a obtenção das metas relacionadas com as crianças nas esferas de saúde, nutrição, educação,etc., contribuirá em grande medida para mitigar as piores manifestações da pobreza" ([10]).

A persistência das dificuldades econômicas, o chamado restabelecimento dos "equilíbrios macroeconômicos" e das contas fiscais no marco de sucessivos esquemas de ajuste, em muitos casos implicaram numa redução da renda real e da capacidade de compra das famílias de menor renda. Tais fenômenos, acompanhados da redução do gasto público, particularmente do gasto social, e a redução dos subsídios alimentares, agravou ainda mais a situação dos setores mais vulneráveis da sociedade, impulsionando a UNICEF a estruturar a proposta de "Ajuste com Rosto Humano" (ACRH). "O crescente número de menores com desnutrição grave e moderada, nos permite afirmar que: as famílias pobres estão fazendo o ajuste na mesa!" ([11]).

Em consonância com a proposta de ACRH, que tenta "combinar o ajuste com a proteção dos grupos mais vulneráveis e a restauração do crescimento econômico" ([12]), o UNICEF estabeleceu o "Fundo Especial de Ajuste para América Latina e o Caribe" (SAFLAC), com o objetivo de "brindar cooperação especial e adicional a aqueles países que estavam experimentando uma deterioração objetiva em sua situação socio-econômica e no bem-estar da infância" ([13]). Tal fundo, incrementado em 60% em 1990 (não especifica seu valor total), permitiu financiar propostas de cooperação em 14 países da região até 1990. Entre os programas financiados por esse fundo estão: apoio ao desenho de políticas sociais; contribuição ao estabelecimento de **fundos de desenvolvimento social** ([14]); desenvolvimento de modalidades para aliviar a carga doméstica da mulher e incrementar seus níveis de nutrição; apoio ao estabelecimento de mecanismos de acesso ao crédito para mulheres dos setores informais. Além disso, o UNICEF também estabeleceu um "Fundo Global de monitoramento alimentar e nutricional" e priorizou as atividades de desenvolvimento de sistemas idôneos de indicadores sociais, com ênfase na vigilância nutricional e vigilância do baixo peso ao nascer. No plano da cooperação internacional, é citada a iniciativa conjunta BID/UNICEF para constituir um "Fundo de Investimento Social " na região, entre outras. A nível sub-regional é mencionado o projeto "PROANDES - Programa Andino de serviços básicos contra a pobreza", implementado em algunas das zonas de maior pobreza relativa de cinco países (Bolívia, Colombia, Equador, Perú e Venezuela).

O FMI - Fundo Monetário Internacional, representado por C.Muñiz, assessor do "Departamento do Hemisfério Ocidental", em cuja opinião, "a melhor contribuição que pode fazer o Fundo para a luta contra a pobreza, é a de continuar ajudando e alentando aos países membros a adotar políticas macroeconômicas e estruturais acertadas que promovam um crescimento econômico duradouro" ([15]). Segundo o mesmo assessor, são as "deficiências" das políticas macroeconômicas e estruturais que não apenas "prejudicam" as perspectivas de crescimento, mas também possuem um efeito "adverso desproporcionado" sobre os mais pobres. "É por isso, que o Fundo recomenda que os países que enfrentem desequilíbrios acentuados tomem medidas de ajuste oportunas e de grande cobertura, a fim de evitar os ajustes desordenados dos quais os pobres difícilmente podem proteger-se"(!) ([16]).

Cumprindo com sua função de "agente catalizador de recursos financeiros internacionais", o FMI recentemente renovou se "arsenal de instrumentos para servir melhor aos países membros", destacando a criação do "serviço financeiro de ajuste estrutural" e do "serviço financeiro reforçado de ajuste estrutural", desenhados "especialmente" para apoiar programas de reformas nos países mais pobres, com taxas de juros e prazos de amortização muito "favoráveis". No entanto, o Fundo reconhece que algumas medidas de ajuste, ainda que "necessárias", podem prejudicar no curto prazo a certos grupos de rendas mais baixas, especialmente nos centros urbanos. Estes efeitos "adversos" podem ser particularmente "severos" quando "se acumularam desequilíbrios macroeconômicos substanciais que descartam as possibilidades de um ajuste gradual" ([17]).

O Fundo também estaria tratando de "melhorar o desenho de programas" que apoia, tentanto reforçar seus "aspectos positivos" e reduzir, "na medida do possível" seus efeitos negativos sobre os pobres. Neste sentido, por exemplo, recomenda que as reformas fiscais sejam compatíveis não apenas com critérios de eficiência, mas também de equidade; para o gasto público, recomenda a eliminação de imposições "dispendiosas", a manutenção de gastos sociais "indispensáveis" e sua "reestruturação" para que resultem não apenas mais "eficazes" em função de custos, senão que também sejam de "maior benefício" para os pobres ([18]).

A intervenção do FMI poderia ser resumida em uma espécie de *slogan* (colocado pelo Fundo mesmo como um "desafio" para a região): **"combater a pobreza sem comprometer o processo de ajuste"**.

Passemos agora aos posicionamentos dos governos latinoamericanos nas referidas Conferências sobre a Pobreza.

O **Chile** foi representado pelo Ministro de Planejamento e Cooperação (MIDEPLAN), Sergio Molina. Apesar da constatação do êxito econômico na recuperação depois da crise do início dos anos 80, o problema social da distribuição da renda e a pobreza é o mais preocupante. O governo democrático herdou, segundo o Ministro, uma pesada dívida social cuja quitação não é facil e tampouco pode realizar-se de imediato. O propósito do governo chileno é crescer com equidade, porém mantendo a política econômica: "a vontade política está posta em crescer através de uma economia social de mercado e em distribuir com equidade". Segundo esta proposta, o mercado seria o mecanismo alocador de recursos, mas o Estado deve intervir quando sua lógica produza "vazios ou resultados negativos para os pobres". Não é apenas uma proposta conciliatória entre manter os equilíbrios macroeconômicos básicos, e também observar os "macroequilíbrios sociais", mas um entendimento de que ambos estão estreitamente interrelacionados. A pactação política entre os distintos agentes produtivos se expressa no "Acuerdo Marco de Concertación" firmado no começo do governo democrático entre os representantes das principais organizações de empresários e trabalhadores. O governo e os partidos da "concertación" chegaram a um acordo com o setor mais importante da oposição de direita para realizar uma reforma tributária, a qual significou uma entrada imediata de recursos fiscais. Estes recursos se destinaram às necessidades sociais mais urgentes.

Por outro lado, foi criado o "Programa de Integração ao Desenvolvimento", destinado aos setores mais pobres. Este programa é uma ação coordenada dos ministérios de ação social para

desenvolver políticas de efeito imediato e de médio prazo para os mais pobres. Cabe ao MIDEPLAN a tarefa de coordenar a ação conjunta desses ministérios; nesse sentido possui o "Fundo de Solidariedade Social" - FOSIS ([19]), cujo objetivo é o de financiar planos, projetos, programas e atividades especiais de desenvolvimento social. Este Fundo é considerado uma das contribuições do "novo enfoque" em políticas sociais.

Um primeiro princípio da ação social do atual governo chileno para enfrentar a pobreza é o da mobilização das pessoas e da comunidade como agentes ativos na superação dos problemas; o qual tem uma expressão institucional através de projeto de lei que permitirá que as autoridades municipais sejam eleitas democráticamente, e da proposta de refazer a Lei das Associações de Moradores ("Junta de Vecinos") e Organizações de Base. Um segundo princípio é o de "Equidade e Solidariedade", o qual se traduz em investimento social, o que significa que se requer maiores recursos. Tornou-se necessário repriorizar o gasto público. Para tal o orçamento que o executivo propôs para o ano de 1991 foi 12% maior que o gasto social precedente. O efeito esperado deste maior gasto tornar-se-ia mais patente à medida que passasse o tempo e se acumulasse o conjunto de políticas sociais.

Outro princípio da estratégia contra a pobreza é constituído pela "integralidade", através da conjugação a ação dos diferentes ministérios para melhorar a qualidade de vida da população. Neste critério de integralidade também está contido o conceito de eficiência social. A idéia é a de que quando se atúa nos diferentes sistemas de educação, saúde, habitação, etc., se produz uma sinergia, isto é, um resultado superior à simples soma de políticas particulares. Esta função de coordenar as diferentes ações sociais está a cargo do Ministério de Planejamento e Cooperação. Um quarto elemento da estratégia contra a pobreza é a própria eficiência, destacando aqui o melhor aproveitamento dos recursos disponíveis por parte do Estado e da Sociedade. Para tal se propõe diversos meios: a melhoria dos instrumentos de mensuração da pobreza, assegurando que efetivamente se beneficiem aqueles que mais necessitem; outro é o reforço do sistema de investimentos sociais para contar com bons projetos.

Em outro plano, estima-se que na execução das políticas sociais deve pensar-se nas organizações de base e nos organismos não governamentais que têm experiências de apoio em projetos sociais. Finalmente, não se pretende jogar fora a "focalização" e sim "melhorá-la". Para o governo a população-alvo das políticas sociais são aqueles que "estiveram mais postergados no passado". A prioridade estaria com os pré-escolares, os jovens, as mulheres chefes de família e os idosos. No entanto, o ministro chama a atenção que **a atual política não se reduz às práticas de focalização que caracterizaram o governo passado, as quais, segundo o atual governo, distorceram a situação social**. Ao centrar a política social nos "indicadores convencionais diretos", produziu-se uma deformação: os indicadores não representavam uma melhoria global senão apenas o que ocorria com os próprios indicadores. Dá-se como exemplo a situação do setor saúde, que é extremamente deficitária e, naturalmente, fonte de legítimos protestos da sociedade. No entanto, na lógica dos indicadores bio-médicos, verifica-se uma diminuição da mortalidade e desnutrição infantis. O governo chileno, conforme afirmação do ministro, não quer "enganar-se". Atuará

focalmente sobre os grupos mais desatendidos, mas quer melhorar a qualidade geral dos serviços sociais ([20]).

Em resumo, a estratégia contra a pobreza do atual governo chileno é o "Programa de Integração ao Desenvolvimento". O que se quer é "romper a brecha entre o desenvolvimento e o subdesenvolvimento interno"..."E a justiça social requer aumentar o gasto social, aplicar políticas focalizadas e integrais ao mesmo tempo, convocar a participação e promover a autoajuda, investir nas pessoas, descentralizar as ações e ser eficientes na utilização dos recursos" ([21]).

O **México**, representado por A.Warman, diretor geral do "Instituto Nacional Indigenista", situa o seu programa de combate à pobreza, o "Programa Nacional de Solidariedade" ([22]), no contexto de crise dos últimos dez anos na América Latina, que se refletiu no aumento da pobreza, na diminuição do crescimento e no agravamento dos problemas sociais. Neste programa são estabelecidos três grupos prioritários: os grupos indígenas, os camponeses da zona de agricultura aleatória e temporária, e os colonos das zonas urbanas ou "colonos populares", que se identificariam como habitantes dos agrupamentos periféricos ou favelas em outros países. Os quatro "princípios" que nortearíam o programa são "o respeito absoluto" às iniciativas e formas de organização dos grupos pobres; a "intervenção irrestrita dos participantes"; a "co-responsabilidade", aonde se somam recursos públicos com recursos dos próprios participantes; e a "transparência no manejo dos recursos" ([23]).

A **Argentina**, representada por H.M.Viademonte, sub-secretario de Ação Social do Ministério da Saúde e Ação Social, em uma intervenção muito genérica e curta, afirma estar participando do encontro graças à "gravidade de sua situação econômica, o número angustiante de carentes absolutos e a deterioração de sua situação de saúde." Diante do país "devastado" que encontrou, o atual governo deu como resposta um "plano de ajuste duríssimo", que empurrou para a marginalidade "um setor importante do país". O governo entende que "o sistema de saúde e ação social deve ser o mais eficaz possível para moderar as consequencias imediatas que produz este sistema de ajuste". Esse sistema estaria atendendo com "assistencialismo direto e urgente" os carentes (600.000 pessoas), em políticas de "ação social comunitária". Os recursos na Argentina, segundo o sub-secretario, estão sendo "péssimamente administrados", e o atual governo se propõe "aumentar o controle de gestão para que se atenda à população necessitada e evitar que se perca no meio de corrupções incompreensíveis". O governo está atualizando o mapa de pobreza da Argentina para definir "claramente" as formas mais eficazes de combate-la ([24]).

A **Bolívia**, representada pelo subsecretario interino de Política Social do Ministério de Planejamento e Coordenação, faz uma intervenção igualmente genérica e reduzida, onde sequer menciona o Fundo Social de Emergência boliviano ([25]), pioneiro na América Latina. A intervenção boliviana se resume a afirmações genéricas do tipo a categoria "pobreza" se diluiria na consideração de outros temas "mais relevantes" dos quais ressalta:

- a tentativa de considerar o tratamento do fenômeno da pobreza com uma perspectiva multisetorial e dentro dela a pertinência dos esforços por vincular a política econômica e social,

dando como exemplo a institucionalização do indicador "alternativo" denominado "Índice de Progresso Social";

- o reconhecimento do "papel protagônico" dos pobres na superação da pobreza, e portanto, na formulação e execução das políticas;

- e, finalmente, no consenso "geral" em torno à necessidade "vital" de superar a crise entre Estado e sociedade através da "modernização e reforma" do Estado que gere a "múltiple participação democrática" da sociedade civil em torno ao grande propósito de alcançar "Desenvolvimento sem Pobreza" ([26]).

Dois anos depois, em 1992, com base no "Questionário Seletivo para os Governos sobre políticas e programas orientados para superar a pobreza", a CEPAL elaborou o documento preparatório (CEPAL,1992b) da terceira Conferência Regional sobre a Pobreza (em Santiago do Chile, em outubro de 1992).

Como o período transcorrido desde a II Conferencia foi relativamente breve e procurou ser caracterizado por uma incipiente recuperação econômica ([27]), os maiores progressos na estratégia contra a pobreza se refletiram, não tanto na melhoria dos indicadores sociais específicos, senão que majoritáriamente nos aspectos de ordem qualitativo orientados a melhorar a qualidade dos serviços e aumentar a eficiência das políticas sociais ([28]).

A nível dos governos centrais, prosseguiram os esforços por "racionalizar" o papel do Estado como provedor de serviços sociais, focalizando o gasto social, para que atendesse "efetivamente" os mais necessitados. Neste contexto, o gasto social registrou alguns indícios de recuperação com relação aos baixos níveis em que se encontrava.

A "descentralização" é outro traço comum quando se trata da gestão social, não apenas no que diz respeito à maior participação das unidades municipais, senão também pela participação do setor privado e, sobretudo, dos próprios beneficiários, em função da implementação de numerosos programas de "autogestão" ou com ampla "participação comunitária".

Dessa forma, os avanços considerados "mais relevantes" nesses dois anos situaram-se nos planos institucional, técnico e da participação comunitária. Não apenas foram introduzidos na maioria dos países importantes processos de descentralização administrativa, ou criados organismos de alto nível para uma eficiente coordenação intersetorial permanente dos programas sociais, senão que também ocorreu o surgimento ou consolidação de unidades técnicas de análise e avaliação das políticas sociais.

Em matéria de **saúde**, intensificaram-se os esforços para continuar reduzindo a desnutrição infantil, com bons resultados na maioria dos países, e registraram-se progressos nos programas de cobertura vacinal infantil. Em muitos países foram desenvolvidos os "Sistemas Integrados Locais de Saúde (SILOS), que colocam ênfase na "atenção primária de saúde a nível comunitário".

Por ser considerada uma das formas mais "sólidas" de gerar renda e, com isso, superar de uma maneira "estável" as condições de pobreza e marginalidade, estimulou-se o desenvolvimento de uma

"economia popular" em grande parte dos países, através de programas de concessão de créditos específicos e capacitação de diversos tipos - principalmente gerencial - aos "microempresários".

Apesar dos esforços empreendidos para montar sistemas de mensuração e bancos de indicadores sociais em diferentes países, um dos "vazios" mais urgentes detectado pelos governos para levar a bom termo uma estratégia contra a pobreza foi o da escassez de informação estatística permanente que permita avaliar o impacto das políticas sociais.

Outro problema diagnosticado, foi a falta de uma estratégia de "incorporação do setor privado" no compromisso de superar a pobreza e de organismos oficiais capazes de coordenar as atividades das organizações não governamentais.

Em relação à articulação das políticas sociais com as econômicas - como parte fundamental de toda estratégia de desenvolvimento integrado (segundo proposta de Equidade e Transformação Produtiva da CEPAL) - foram mencionados numerosos esforços para criar as instâncias correspondentes, mas reconhece-se que falta ainda um longo caminho a percorrer.

Junto com os esforços de quantificação da pobreza, observou-se também o empenho para caracterizar a certos grupos de pobres e definir atividades prioritárias orientadas a beneficiários específicos. Dentro destes grupos, ressalta-se a prioridade outorgada em vários países à infância e à adolescencia.

Nos países onde se sofreu ou se sofre períodos prolongados de violência, surgiu um tipo específico de pobreza derivada deste fenômeno. Neles formaram-se importantes contingentes de população marginalizada por situações de guerra civil, violência por narcotráfico ou outras situações similares (foram citados como exemplos a Nicarágua, o Perú e a Guatemala).

Geralmente, estes grupos prioritários se cruzam com áreas específicas de ação setorial, como por exo. juventude e educação, mulher/criança e saúde, trabalhadores desocupados e emprego.

O documento chama a atenção que a tendencia para trabalhar por setores sociais prioritários de ação se dá sobretudo nos países que acusam maiores níveis de pobreza (Bolívia,El Salvador,Nicarágua) e menos naqueles países com menor pobreza relativa. Nestes se dá mais ênfase ao tratamento de "grupos objetivo" pré-determinados, como no caso do Brasil ([29]), Costa Rica e Chile.

Em quatro países (Colombia, Costa Rica, Chile e Guatemala) já se menciona como "grupo objetivo" da ação social o adulto com mais idade, coerente com o fato de que vários estudos demográficos demonstraram o aumento significativo de idosos na região, o que requer ir adequando a oferta de serviços sociais frente às necessidades desse grupo. Quanto aos incapacitados, este é um grupo que aparece nomeado apenas em tres questionários ! ([30]): o da Costa Rica, o do Chile e o da Nicarágua. Nestes dois últimos países esse grupo constitui cerca de 10% da população.

Outro aspecto considerado de particular relevância é a renovada importância que os Governos passaram a outorgar ao combate contra a pobreza dentro de suas prioridades da política nacional. Ao menos isto fica expressado nos documentos oficiais sobre as estratégias de luta contra a pobreza em quase todos os países da região.

Entre esses documentos são citados: o "Programa Federal de Solidariedade" de jan. de 1992 e o "Programa de Enraizamento", no setor habitação, ambos na **Argentina**; a "Estratégia Social Boliviana" de 1991 na **Bolívia**; o "Plano Plurianual"1991-1995, que contém um capítulo dedicado ao tema da Ação do Governo Federal:"Combate à Pobreza" no **Brasil**; os documentos de ação social do Ministério de Planejamento e Cooperação (MIDEPLAN) 1990-1991-1992 no **Chile**; o "Programa de Promoção Social e Fortalecimento do Setor Social Produtivo 1990-1994" na **Costa Rica**; o capítulo sobre políticas sociais do "Plano Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social" 1989-1992 no **Equador**; o "Plano de Ação de Desenvolvimento Social" 1992-1996, do Conselho Nacional de Planejamento Econômico na **Guatemala**; o "Plano Nacional sobre Desenvolvimento Humano, Infância e Juventude"1992-2000 e o documento Política de Desenvolvimento Social e Redução da Pobreza -este último em elaboração, na **Nicarágua**; a "Estratégia Nacional para reduzir a Pobreza" de fev. de 1991, e o "Plano de Ação para o Desenvolvimento Humano, a Infancia e a Juventude" 1992-2000, de nov. de 1991 no **Panamá**; o "Plano Nacional de Desenvolvimento Social de Médio Prazo" 1991-1995 no **Perú**; e o "VIII Plano da Nação", que considera a luta contra a pobreza como objetivo estratégico, na **Venezuela**.

Como conclusão geral, o que se verificou durante grande parte da década de 80, marcada pela crise econômica e a queda do gasto social, foi que a política social assumiu um caráte compensatório e de emergência a raíz dos efeitos negativos que tiveram os programas de ajuste econômico para a população socialmente vulnerável ([31]).

Nesse contexto, o desenho da política social subordinou-se à política econômica de ajust priorizando a busca de mecanismos para otimizar o decrescente gasto social, focalizando se destino e revisando a estrutura dos subsídios. Implementaram-se fundos de emergência social para compensar a queda da renda dos grupos mais pobres. Promoveram-se ações de auto-ajuda e os trabalhos comunitários cobraram relevância nas estratégias de luta contra a pobreza.

A CEPAL, por outro lado, tem visto a necessidade de redefinir a relação entre política econômica e política social, resgatando esta última como parte fundamental de uma política de desenvolvimento integral, onde o social abandone o caráter compensatório para jogar um papel protagônico nos esforços para levar a efeito uma transformação que conduza a sociedades mais equitativas. A política econômica e a política social deveriam articular-se para dar início a um tipo de desenvolvimento integral, que harmonize a transformação produtiva com a justiça social.

A nível dos governos, no entanto, persiste uma dissociação entre esse ideário, muitas vezes expresso em documentos oficiais, e a atuação concreta dos mesmos em termos de políticas econômicas e sociais.

Quanto ao papel do **Estado** em matéria social, a maioria dos governos latinoamericanos coloca a necessidade de sua reorganização, em especial a descentralização de suas funções, transferindo-as a instâncias locais, provinciais e/ou regionais. Estas medidas, no entanto, embora na aparência não signifiquem um debilitamento da presença do Estado no plano das políticas de desenvolvimento social, produzem uma dispersão de esforços e de recursos em direções "competitivas". A pretexto da

busca do aumento de sua eficiência e eficácia, estão tendendo a diminuir a cobertura universal da população e a promover atendimentos distintos que consagram ou agravam a desigualdade social existente. Neste sentido, qualquer que seja a avaliação "micro" das propostas e políticas concretas, estas estão longe de contribuir para um "desenvolvimento social mais equilibrado" conforme o preconizado pela CEPAL e o que consta da retórica de todos os governos latinoamericanos.

Seguridade Social e Pobreza

Apresentando o panorama social da América Latina na década de 80, a CEPAL (1993) destaca, no capítulo referente à pobreza ([32]), que "a insuficiente cobertura do sistema de aposentadorias e pensões e seus exíguos valores contribuem a elevar ainda mais os percentuais de pobreza urbana na região. Portanto, as medidas corretivas neste campo podem incidir significativamente em sua redução, em especial se se considera a importância de tais benefícios no total dos recursos dos domicílios em situação de extrema pobreza." ([33]).

Os indicadores disponíveis sobre as áreas urbanas de dez países revelam a magnitude da população inativa que recebe renda através de pensões e aposentadorias e as pronunciadas diferenças regionais quanto à cobertura da seguridade social. Com relação ao percentual de chefes de família inativos que recebem algum tipo de pensão no total de domicílios, se observa que em quatro países (Brasil, Costa Rica, Chile e Panamá) representam entre 12% e 14% do total de chefes de família; em outros três (Colombia, México e Paraguai) esses percentuais varam entre 5% e 7%; e apenas em dois países chega a 3% do total (Guatemala e Honduras). O caso extremo é o Uruguai, onde 30% dos chefes de família são inativos e recebem pensões ([34]).

O índice de cobertura desses benefícios referido aos chefes de família com 60 anos e mais de idade proporciona evidência adicional ao respeito. De acordo com este indicador, o percentual de população adulta que recebe renda por conceito de aposentadorias, pensões, ou ambas, é inferior a 20% nos países onde o sistema de seguridade social possui menor cobertura, e superior a 50% naqueles onde esta é maior.

Por outro lado, ao comparar os percentuais de pobreza entre os chefes de família maiores de 60 anos que recebem alguma renda da seguridade social com os correspondentes ao total de chefes de família da mesma idade, se evidencia a **forte incidência desses recursos nas condições de vida da população adulta**: nas zonas urbanas de oito dos dez países examinados, o percentual de pobreza diminui de forma importante - dez ou mais pontos percentuais, com exceção do Chile - nos domicílios em que o chefe de família obtém renda por esse conceito.

A isto se agrega o fato de que as **pensões e aposentadorias constituem uma proporção muito significativa dos recursos da família, em especial dos extremamente pobres ou indigentes**, nã obstante na década passada terem perdido poder aquisitivo, pois não foram reajustadas conforme o ritmo do aumento dos preços. Nos países com menor cobertura da seguridade social (Colombia, Guatemala, Honduras e Paraguai), as aposentadorias e pensões contribuem com cerca de 10% da renda dos domicílios urbanos; nos de alta cobertura (Uruguai), representam 22% do total. Destaca-se que nos domicílios considerados indigentes, a importância dessa receita cresce, ao ponto de que em cinco países (Bolívia, Costa Rica, Panamá, Uruguai e Venezuela) representam não menos do que a

terceira e até duas quintas partes da renda monetária dessas famílias. Apesar de que entre os pobres não indigentes sua importância é menor, na maioria dos casos constitui mais de 20% da renda familiar.

Estes antecedentes, em resumo, colocam em evidência **a importância que podem ter para a melhoria da renda das famílias em situação de pobreza crítica tanto as políticas dirigidas a aumentar o valor real dos benefícios tipo aposentadorias e pensões, como a criação de subsídio especiais que beneficiem aos idosos não amparados pela Seguridade Social.**

Com relação a estes últimos, o **Chile** é citado como exemplo, através das "pensões assistenciais-PASIS" e do "Subsídio Unico Familiar-SUF" ([35]). O **Brasil**, apesar de não ser citado no estudo da CEPAL, também apresenta dois desse tipo de subsídio: as chamadas "Rendas Mensais Vitalícias", outorgadas aos maiores de 70 anos carentes e aos deficientes físicos também considerados carentes ([36]).

A população que se encontra abaixo da linha da pobreza na América Latina não está, portanto, de modo geral, protegida pelo seguro social. As exceções correm por conta daqueles países que outorgam atendimento aos indigentes através da seguridade social, como Costa Rica, Cuba, Chile e vários do Caribe não latino. Os aqui considerados pobres são, em síntese, os desempregados ou subempregados, os trabalhadores temporários ou familiares (sem remuneração), não estando, portanto, empregados no setor formal de modo permanente e em tempo integral. Também podem estar empregados em ocupações que, ou não estão cobertas ou seu grau de cobertura é muito baixo na maioria dos países, como a agricultura, o serviço doméstico e o trabalho por conta própria.

Dessa análise sobre as características dos segurados se conclui que os pobres não estão cobertos pelo Seguro Social na América Latina, tendo somente acesso legal aos serviços de Saúde Pública e de Assistencia Social, serviços estes habitualmente insuficientes e com escasso financiamento.

Por outro lado, os países com maior grau de cobertura do Seguro Social são também aqueles com menor proporção de pobres; e, em vários desses países, o percentual da população não coberta é maior que o percentual da população abaixo da linha da pobreza. A primeira afirmação, no entanto, pode ser questionada no caso do Brasil, o qual, conforme afirmamos anteriormente, pelo porte de sua população, possui um enorme grau de cobertura mas, ao mesmo tempo, possui o maior contingente de pobres e excluídos do sistema da América Latina.

Note-se que a maioria dos estudos feitos sobre a desigualdade na cobertura da Seguridade Social foram feitos em países pioneiros ou do grupo intermediário. Nenhum dos países menos desenvolvidos do grupo baixo(como a Bolívia, o Perú, o Paraguai, a Guatemala, o Panama, a Nicarágua, e outros), onde tais desigualdades devem ser mais marcadas, foi analisado. Mais ainda, os estudos realizados foram feitos na sua maioria antes da crise da década de 80, ignorando portanto o impacto dessa crise sobre as referidas desigualdades. E, por último, os estudos disponíveis sobre a cobertura dos grupos mais necessitados se baseou em dados até 1980, sendo que nos anos posteriores houve um incremento da pobreza crítica.

Cabe lembrar, no entanto, que em vários países da América Latina registraram-se avanços na extensão da cobertura do seguro/seguridade social para o setor rural. Nos países do **Caribe não latino, Cuba** e **Nicarágua**, existem sistemas nacionais de saúde que cobrem esse setor; enquanto que na **Costa Rica** e **Chile** programas assistenciais de aposentadorias e saúde também protegem a esse setor; e em **Cuba** e **Uruguai** existem programas de aposentadorias assistenciais. Em três países latinoamericanos (**México, Brasil** e **Equador**) se fizeram intentos de estender a cobertura a trabalhadores rurais mediante mecanismos inovadores. No **Brasil** essa extensão se deu pela equalização dos direitos dos beneficiários urbanos e rurais.

A ausência de equidade, especialmente na oferta de serviços de saúde para os mais pobres e para os grupos vulneráveis, é o problema, relacionado com os serviços de seguridade social latinoamericanos, de maior urgência segundo documento do **Banco Mundial** sobre as suas opções a respeito da Seguridade Social na América Latina ([37]).

Segundo esse documento, **os benefícios da Seguridade Social na América Latina, bem como na maioria dos países industrializados, são o melhor meio de transferência via governamental para famílias que necessitam proteção contra riscos específicos relacionados à doença invalidez, e incapacidade para o trabalho por idade avançada**. No entanto, tal como nos Estados Unidos (que possui, segundo o referido documento, o mais incompleto sistema de benefícios entre os países industrializados, deixando 37 milhões de pessoas sem cobertura contra riscos de saúde), os pobres e os chamados grupos vulneráveis latinoamericanos não recebem, ou recebem pouco, benefícios das Instituições de Seguridade Social.

Com exceção da **Costa Rica** e **Cuba**, os pobres e vulneráveis continuam sem proteção da Seguridade Social, a despeito de se gastar de 4 a 12% do PIB, dependendo do país, em serviços e benefícios previdenciários destinados aos segurados.

Por outro lado, tirando o **Brasil**, a **Costa Rica, Equador** e **México**, todos com Instituições de Seguridade Social que desenvolvem programas especiais de assistência primária à saúde para grupos pobres em áreas rurais, os serviços previdenciários tem sido oferecidos apenas para segurados e suas famílias.

Na discussão sobre **quem paga a Seguridade Social**, a tese central é a de que, os pobres, excluídos dos sistemas de seguridade, pagam por seus serviços na medida em que, como consumidores, pagam os impostos embutidos no preço final dos produtos. Diversas análises sobre a incidência das contribuições sobre folha de pagamento, em diversos países, levaram a essa conclusão ([38]).

Por outro lado, o Banco Mundial afirma que os benefícios previdenciários, sobretudo as aposentadorias, custam muito mais do que o beneficiário e seu empregador pagam atualmente. Além disso, se sustenta que o valor recebido é maior do que o beneficiário necessitaria para manter um "modesto padrão de vida", alegando que o custo de vida de um aposentado é menor do que durante sua vida ativa. O documento cita especificamente o **Brasil** como exemplo de "generosidade" nos benefícios, sobretudo no caso das aposentadorias "precoces"(antes da idade prevista): estas eram responsáveis por 28% dos gastos totais com benefícios; enquanto que aquelas pagas por idade aos

beneficiários urbanos representavam apenas 7% em 1985; seus beneficiários representavam 9.3% do total de beneficiários do sistema. O valor médio desse benefício em 1985 era em torno de 180 dólares mensais, o triplo do valor médio de todos os benefícios. As aposentadorias por invalidez, também consideradas "generosas", são também responsabilizadas pela crise "moral" do sistema, já que "induzem" o trabalhador a solicitar esse benefício.

Dois objetivos diferentes são colocados para as instituições de seguridade social, e o Banco Mundial alerta que eles não devem ser confundidos. O primeiro deles diz respeito à ajuda em direção às necessidades de todas as pessoas, especialmente os pobres; e o segundo que essas instituições sejam responsáveis pela cobertura dos riscos de seus contribuintes, baseado estritamente na relação atuarial entre pagamentos e benefícios. O **Brasil** e o **México** são citados como exemplos de onde se realizaram "amplas" despesas com não-contribuintes, demonstrando que o primeiro objetivo encontra alguma prioridade na medida em que a relação entre a demanda corrente e a receita permite tal "generosidade".

A partir daí o documento se pergunta se são as contribuições sobre folha de pagamento o melhor meio de financiar uma "rede de proteção" para os pobres.

Entre seus programas prioritários ("Programs of Special Emphasis"), o Banco Mundial vem enfocando a redução da pobreza. Uma opção colocada para o Banco é a inclusão de objetivos de instituições de seguridade social em seu diálogo de política sobre redução da pobreza. Excetuando os estudos no Brasil, e recentemente no México, o Banco considera como inadequada a base de dados existente para recomendações junto aos governos latinoamericanos que possam ajudá-los na utilização de instituições de seguridade social na redução da pobreza. Um primeiro passo sería incluir análises sobre seguridade social de forma mais explícita nos documentos econômicos e estratégicos para (dos) países. Nesse "diálogo" o Banco Mundial pode utilizar exemplos de reestruturação de benefícios que apontaram na direção de transferências dirigidas para "necessidades básicas de seguridade".

Para que esse objetivo seja alcançado é proposta a redução do valor do benefício (citando como possibilidade 40% do salário mínimo urbano), para que o mesmo possa ser extendido aos grupos mais pobres. De forma similar, propõe que os benefícios ligados à assistência médica sejam restritos aos serviços básicos de saúde, viabilizando a sua universalização. "Um seguro social básico como um terço do salário mínimo provavelmente é viável para todos; substituição plena dos rendimentos certamente não. Provisão de serviços básicos de saúde, financiados por pré-pagamento, provavelmente podem ser extendidos para todos; medicina de alta tecnologia, baseada em hospitais sofisticados provavelmente não" ([39]).

O ponto de partida para esse "diálogo" é a separação, entre os diferentes serviços oferecidos pelas instituições de seguridade social, daqueles que podem ser extendidos para os pobres e aqueles que podem ser concedidos apenas para grupos de "renda média" ("middle-income groups"). O Banco Mundial se propõe a eventualmente "ajudar" os governos a fazerem algumas escolhas mais "difíceis" entre esses extremos.

NOTAS

(1) CEPAL, 1986, p.6
(2) ibid.p.7
(3) ibid.p.8
(4) id.ibid.
(5) Franco e Cohen, 1992, p.21
(6) id.ibid.
(7) id.ibid.
(8) ibid.p.24
(9) São citados programas massivos de capacitação no chamado setor informal e a ajuda em todos os planos à iniciativa econômica popular estabelecendo serviços técnicos, financeiros e de comercialização que a apoiem; a adequação dos serviços sociais às necessidades dos setores mais pobres; o fomento da participação democrática, e da representação das necessidades dos mais desfavorecidos ante o Estado; o aproveitamento da potencialidade redistributiva da política fiscal tanto no relativo à renda como nas orientações do gasto público
(10) PNUD,1990,p.254
(11) ibid.p.255
(12) ibid.p.256
(13) id.ibid.
(14) Fundos esses analisados em destaque neste capítulo.
(15) ibid.p.296
(16) ibid.p.297
(17) ibid.p.298
(18) ibid.p.299
(19) ver detalhamento do mesmo no item sobre Fundos de Desenvolvimento Social neste capítulo.
(20) ver ibid.pp.147-150
(21) ibid.p.151
(22) Este programa é analisado em detalhe mais adiante, no item referente ao México no Capítulo III.
(23) ibid.p.198
(24) ibid.pp.142,143
(25) Ver análise sobre os Fundos de Desenvolvimento Social neste Capítulo.
(26) ibid.p.144
(27) O que evidentemente não ocorreu em todos os países latinoamericanos. No caso do Brasil por exemplo, o pós-90 se caracteriza por um período de recessão e agravamento dos indicadores econômicos e sociais.
(28) CEPAL, 1992b, p.3
(29) No caso do Brasil esta constatação parece simplificadora, já que a realidade de sua Política Social é muito mais complexa, como veremos ainda nesta tese.
(30) É estranho que o Brasil não conste nessa relação de países, já que possui políticas sociais específicas, ainda que passíveis de críticas, para o grupo dos incapacitados físicos e mentais.
(31) ver CEPAL, op.cit., p.7
(32) Ver capítulo I sobre a Pobreza na América Latina.
(33) CEPAL, 1993, p.37
(34) id.ibid.
(35) Ver o sistema de seguridade social chileno no item 1 do Capítulo III desta tese.
(36) Ver o sistema de seguridade social brasileiro no Capítulo IV.
(37) MAC.GREEVEY,1990
(38) ver mais adiante item 5.3
(39) MC.GREEVEY,1990

CAPÍTULO I: AMÉRICA LATINA

5 - O Financiamento da Política Social na América Latina

5.1 - O impacto da crise econômica sobre o financiamento na área social

Ao estudar o impacto da crise sobre o Setor Público latinoamericano, LARRAIN E SELOWSKY (1990) tomam como pressuposto que o setor público não é uma só entidade senão que um conjunto de setores e grupos. Neste sentido é importante entender a interação entre o governo central, os governos regionais e locais, as empresas públicas e o Banco Central. Uma análise do **gasto público** como resposta aos choques externos deverá tomar em conta as diferentes pressões dos diversos grupos integrantes do Setor Público e do setor Privado. As pressões específicas deste último poderiam tornar-se particularmente importantes em países que experimentem um choque negativo. O subsídio se transforma, nessas circunstâncias, em um veículo decisivo para a compensação dos grupos de pressão privados.

Na análise comparativa do Setor Público em diversos países latinoamericanos, verificam-se importantes semelhanças no comportamento desse setor, o que não significa, no entanto, desconsiderar algumas diferenças significativas entre os mesmos.

No período entre 1982-1985, caracterizado pela crise da dívida e pelo ajuste econômico, o setor público, segundo os mesmos autores, tinha apenas uma alternativa: o ajuste ou o financiamento inflacionário. A partir daí, eles analisam a capacidade e o modo de ajuste do Setor Público em diversos países, o qual, a essas alturas, já havia se tornado o maior dos devedores.

Como conclusões gerais desse período temos que: os gastos de capital foram os primeiros afetados no ajuste do setor público; os planos de desenvolvimento das empresas públicas se recortaram de maneira drástica, bem como o esforço de investimento do setor público; a segunda redução drástica foi a dos salários, em particular dos salários reais; em geral o emprego público se manteve relativamente estável; se elevaram em grande medida os preços das empresas públicas para aumentar suas receitas; este último fator contribuiu para as pressões "estagflacionárias" ao ajuste; e, finalmente, não se realizaram durante o período grandes reformas tributárias nem esforços de arrecadação de impostos.

A exceção do Chile e da Venezuela, os ajustes nas receitas e nos gastos não bastaram para controlar o déficit. Carecendo de crédito externo, o setor público recorreu a fontes de financiamento internas, como a dívida interna e emissão monetária, o que provocou agudas pressões inflacionárias na Argentina , Brasil, México e Perú. Ainda que a dívida pública interna tenha se tornado importante no Brasil e no México, a maior parte do déficit público correspondía aos pagamentos crescentes dos juros da dívida externa. Assim, o pagamento de juros da dívida externa se converteu no componente principal e mais inflexível do gasto público. Em muitos países a dívida externa privada foi absorvida pelo setor público através de taxas de câmbio preferenciais, garantías do risco cambiário, e absorção das perdas dos devedores privados financeiros e de outra classe. Assim, fica estabelecida uma clara relação entre o problema da dívida e a instabilidade macroeconômica.

Analisando a crise da **Política Social** numa perspectiva comparada, DAIN (1989) afirma que, no bojo de uma crise fiscal, os recursos para o financiamento da Seguridade Social resultam insuficientes para dar conta de um elenco de necessidades e reivindicações ampliadas, ultrapassando os limites de uma visão estrita de Seguro Social e indo em direção a uma concepção mais abrangente das políticas de bem-estar. Dada a impossibilidade de ajustar essas necessidades a uma política de emprego e salários numa conjuntura de desaceleração de crescimento (provocada pela crise e agravada pelo ajuste), a crise fiscal e os déficits orçamentários comprometem a disponibilidade de recursos complementares, os quais, mal ou bem, complementavam o financiamento da Seguridade.

Nesse quadro de escassez e competição resultantes da crise, continua DAIN (op.cit.), se produzem pressões por maior **seletividade, descentralização, formas de ação coletiva autônomas, e finalmente por uma própria revisão do papel do Estado como produtor direto dos serviços de cunho universal**, que complementam os benefícios previdenciários em dinheiro.

A desaceleração do crescimento, portanto, afeta negativamente os orçamentos fiscais, tanto do ponto de vista da sua cobertura quanto dos valores das prestações em dinheiro do Estado de Bem-estar social. A solução mais imediata, afirma DAIN (op.cit.), no plano do financiamento fiscal, tem sido o aumento da carga tributária, complementado pela diminuição do gasto público, notadamente do gasto social. Com a ampliação do desemprego, assumindo uma forma cada vez mais estrutural, a capacidade de financiamento associada à ampliação dos contribuintes ativos dos sistemas de seguridade social se retrai, enquanto os níveis de pobreza, associados majoritariamente aos inativos, principalmente idosos, se amplificam.

A partir das dificuldades gerais e específicas do financiamento do gasto social, a própria visão da universalização é posta em xeque de várias maneiras. Uma delas exime o Estado de suas responsabilidades na produção e no financiamento do bem-estar social. Movimentos desta natureza podem ocorrer em sociedades opulentas, onde os indivíduos, por seus meios privados e em sua vida ativa, são majoritariamente capazes de prover sua proteção social presente e futura, reservando-se o Estado para a assistencia à pobreza. O binômio menor tributação e menor gasto social (menos Estado), não parece afetar os mais bem aquinhoados em termos de renda e riqueza. O problema se dá nas sociedades menos desenvolvidas, onde a precariedade das estratégias de sobrevivência, seu baixo grau de formalização, o baixo nível dos salários e a iniquidade da distribuição da renda, tornam inviável a implementação de revisões dos esquemas de proteção social dessa natureza (DAIN,op.cit.).

Numa outra vertente de análise, mas também preocupada com o futuro da Política Social diante da crise e dos ajustes, BUSTELO E ISUANI (1990) analisam o desafío para a América Latina na década de 90 resolver seus graves desequilíbrios macroeconômicos e sociais. Enquanto os primeiros têm recebido atenção prioritária com as políticas de ajuste e/ou estabilização (apesar de que até o presente não tenham dado o resultado esperado por seus impulsores), fica ainda pendente a política social, cujo dilema central parece centrar-se em como - a partir dos recursos disponíveis - corrigir os perversos níveis de desigualdade social e de pobreza extrema acentuados pela crise e pelos próprios ajustes.

Esses dois últimos fatores agudizam os problemas estruturais de equidade da Política Social na América Latina: exclusão de um importante setor da população dos benefícios da política social; a existencia de um elevado número de trabalhadores não assalariados que afetou a cobertura da política social; e a concentração dos benefícios nos grupos de pressão mais poderosos. A estes problemas estruturais se acrescentam aqueles relativos à "ineficiência" na oferta de serviços sociais públicos, os quais podem ser sintetizados nos seguintes pontos:

1) Dificuldade de acesso dos setores de menores recursos (e portanto mais necessitados) aos benefícios das políticas sociais. A seguridade social é citada como uma das mais regressivas, já que se concentra fundamentalmente nos setores incluídos no mercado formal de trabalho.

2) Falta de equidade entre aqueles cobertos pelo gasto social, expressa no acesso diferencial aos benefícios em termos de nível de renda, tipo de serviços, área geográfica, etc.

3) Manejo do gasto social independentemente das implicações distributivas do financiamento. Desta forma se desconhece o impacto em termos de transferências de renda através do financiamento e do gasto público social.

4) Serviços sociais públicos burocratizados e centralizados.

5) Fragmentação institucional: falta de integração, coordenação e convergencia entre as diversas instancias públicas e privadas que intervem na prestação de serviços.

6) Em relação ao Financiamento, as políticas sociais que dependem dos recurso fiscais do governo carecem de fluxos financeiros estáveis, sendo impossível qualquer plano a médio prazo. Mesmo a Seguridade Social, financiada com recursos contributivos, teve sua receita afetada pela crise.

Neste último ponto, referente ao Financiamento das Políticas Sociais, se levanta o problema fiscal do ajuste, tanto em seu componente externo como no déficit do Setor Público. Tanto a dívida externa como o déficit do setor público não são distributivamente "neutros". Em termos de custos sociais deve determinar-se quem deve financiar e quem deve receber a proteção durante os processos de ajuste. Aqui também se coloca a necessidade de definir o nível de provisão pública de benefícios num contexto de sérias restrições econômicas, tomando como base o critério de equidade independentemente da posição dos contribuintes no mercado. Para consolidar um novo sistema de proteção social, é necessário explorar cuidadosamente o **potencial redistributivo das receitas do setor público**. Neste sentido a distribuição funcional da renda na Am. Latina indica claramente a possibilidade de **expandir e diversificar as bases de financiamento**, particularmente com a introdução e/ou expansão de impostos diretos (sobre os lucros, o patrimônio e o faturamento das empresas, por exo.), conjuntamente com a revisão dos incentivos, exceções e renúncias fiscais, e a introdução de maior seletividade nos impostos indiretos.

5.2 - Financiamento e Descentralização

Existe uma tema profundamente vinculado e dependente do Financiamento das Políticas Sociais que é o da **Descentralização** ([1]), entendida aqui como um processo de transferência de competências

do governo central para os governos estaduais e municipais, ou outras instâncias subnacionais, a depender do país.

A Descentralização tem sido proposta como uma estratégia adequada para a redução do gasto do governo central e para uma alocação mais eficaz dos recursos do setor público. Além disso, alega-se também ser o nível local mais permeável ao controle e fiscalização da população.

No entanto, alguns problemas tem sido detectados em diversas experiências de descentralização do ponto de vista do seu **financiamento**: as exigências legais no tocante às fórmulas de transferências intergovernamentais de recursos; o condicionamento por parte das autoridades centrais sobre o uso de recursos em funções específicas; e as limitações impostas sobre as unidades subnacionais de governo para que possam aumentar sua base de receita, entre outros ([2]).

Em outras palavras, diante de uma estrutura tributária centralizada e da ausencia de mecanismos de transferência automáticos (sem estar submetidos a infindáveis e arbitrários processos de negociação), as experiências latinoamericanas de descentralização têm se limitado à distribuição de competencias sem a correspondente e imediata alocação de recursos. Na área social isto tem trazido enormes prejuízos, na medida em que tem significado flagrantes reduções de recursos para a implementação dos programas sociais, já que se associa o corte federal com a não contrapartida do governo regional e/ou local, por impossibilidade ou por ausência de vontade política.

Frente à profunda heterogeneidade, social e de níveis de arrecadação, existente entre as unidades subnacionais, os processos de descentralização não tem dado conta do problema da **equidade** na distribuição de recursos, sobretudo na área social.

Por outro lado, o próprio processo de designação de competencias é extremamente complexo, dados os diferenciais de eficiência, efetividade e eficácia entre os diferentes níveis de governo no tratamento de certos problemas e em determinadas circunstâncias. Por exemplo, o governo central pode ser mais eficiente no seu poder de arrecadação, enquanto que o nível local pode alocar melhor seus recursos. Quando coexistem vários níveis de governo torna-se quase impossível estabelecer uma absoluta separação de competencias, já que todas as funções se desenvolvem sobre um mesmo território. O conflito é, portanto, consubstancial à descentralização. Pode, no entanto, ser minimizado exatamente quando a distribuição de competencias não é rígida, permitindo que se estabelecam competencias concorrentes entre as diferentes administrações, através de um processo de concertação e negociação.

Em estudo feito pelo Banco Mundial ([3]), se demonstrou que a maioria das estratégias de descentralização tiveram custos líquidos adicionais significativos para os governos centrais, sobretudo na Colombia, no Brasil, na Guatemala e na Venezuela. Isto pode ser devido, em parte, ao fato de que a reestruturação de competencias introduziu uma melhoria, imprescindível, na qualidade do serviço: aqui o Brasil é citado como exemplo em seu processo de descentralização dos serviços de saúde federais, os quais, por estarem deteriorados, necessitaram de importantes investimentos. E, ainda que alguns custos possam ser transitórios, a experiência indica que a redução do gasto a nível central se materializa muito lentamente e que não é total. Apenas no Chile, no Equador e na

Argentina, se utilizou a reforma financeira intergovernamental como instrumento de redução do orçamento nacional.

Nas situações de elevação inicial de custos, o processo de descentralização pode ser desvirtuado, provocando uma recentralização. A experiência brasileira (a ser detalhada em momento posterior nesta tese) demonstra claramente essa opção para o setor Saúde durante o governo Collor.

Ainda que os próprios processos e as soluções políticas sejam muito diferentes de uma país a outro, em geral os países federativos latinoamericanos respondem à uma tradição centralista continental mais que ao modelo federalista norteamericano. Alguns países, como o Brasil e a Venezuela, levaram a cabo processos de maior descentralização porque sua sociedade política e civil promoveram reformas nesse sentido. No México, pelo contrário, a sociedade mostra uma maior tendencia a favor do governo central. Se o grau de descentralização de competencias for medido pelo gasto realizado pelos governos subnacionais, ficam demonstradas as assertivas anteriores: enquanto no México esse gasto é inferior a 20%, em países como a Argentina e o Brasil essa proporção se aproxima a 30% do total ([4]).

Em alguns países unitários, como o Perú e a Guatemala, se pretende primeiro criar regiões como entidades descentralizadas, para posteriormente transferir as competencias. Em outros países, o que se busca com a descentralização é reforçar a administração local a nível municipal (que já era uma entidade descentralizada) e transferir para esse nível novas competencias.

Nos países federativos, a relativa maturidade no processo de descentralização administrativa, deveria dar origem a uma abertura e/ou aprofundamento do processo de descentralização fiscal: paulatinamente se substituiria o financiamento baseado na transferência de recursos , por impostos descentralizados, permitindo aos governos subnacionais que efetuassem a administração autônoma de sua receita e se resposabilizassem por ela perante sua população. Este foi o objetivo da reforma do sistema tributário no Brasil, onde ao discutir-se o tema do financiamento não estava em jogo apenas a suficiência financeira dos estados e municípios para fazer frente a seus gastos, senão que também a autonomia destes níveis governamentais para estabelecê-los.

No entanto subsiste ainda uma dificuldade adicional no processo de descentralização: as finanças dos governos regionais e locais costumam estar em uma situação de deterioração (por problemas de endividamento e déficit, sobretudo diante da crise e dos processos de ajuste), antes mesmo de assumir as novas competencias propostas, o que pode gerar resistências a esse processo.

5.3 - Os Fundos de Desenvolvimento Social

As políticas de ajuste e o agravamento da situação social impulsionaram, em alguns países, o surgimento dos chamados Fundos de Emergência, de Desenvolvimento ou de Investimento Social. Suas funções, como mecanismos compensatórios em tempos de crise não são independentes das diferentes concepções de ajuste econômico apontadas acima por Bustelo e Isuani (op.cit.).

De fato, os Fundos, num primeiro momento, se inseriram no contexto de ações meramente emergenciais, temporárias, de combate à pobreza; sendo financiados fora do orçamento normal dos

setores sociais tradicionais. Tratava-se de montar uma instância que operasse paralelamente, isto é, com autonomia política e financeira no que diz respeito às demais políticas sociais.

Em um segundo momento, os Fundos aparecem associados às reformas das Políticas Sociais. Configura-se aqui uma dupla estratégia. Por um lado, busca-se tornar convergentes os diferentes esforços do setor público sobre os grupos considerados de mais alta vulnerabilidade social;e, por outro lado, se alocam recursos, via Fundos, para financiar os projetos e programas, tanto públicos como não-governamentais, destinados aos pobres "estruturais" e aos "novos pobres" afetados (ou gerados) pelo ajuste econômico.

Segundo Mc.Greevey (1990a), representante do Banco Mundial, a utilidade dos Fundos de Investimento Social seria a de contribuir para reestruturar os programas sociais frente ao desafio da pobreza, sobretudo nas áreas rurais. Por outro lado, os Fundos trariam consigo o risco de desviar recursos do "objetivo básico", qual seja, o de reestruturar os programas sociais governamentais. Mas, prossegue a mesma fonte (evidenciando a sua preocupação), se a reestruturação da prestação de serviços abre espaço para o Setor Privado, os Fundos, de certa maneira, também poderiam fazê-lo. Fica clara a controvérsia no interior do Banco Mundial entre aqueles que querem fortalecer os Fundos e aqueles que questionam se os mesmos estariam realmente servindo "para os objetivos gerais de melhorar a focalização dos serviços nos grupos necessitados" ([5]). Dessa forma, o representante do Banco alerta que, no futuro, a aprovação de Fundos Sociais não terá apoio fácil. Aqueles países que queiram criá-los terão que justificá-los a partir da capacidade que demonstrem para "reestruturar as funções sociais do govêrno" ([6]).

A outra agência de financiamento internacional, o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), acredita que os Fundos Sociais de Emergência são ferramentas adequadas para atacar problemas específicos em situações de ajuste. No entanto, alerta, os Fundos não seriam uma "panacéia", e também estão encontrando cada vez mais resistência dentro do Banco pelos "problemas conceituais". O representante do BID diz não acreditar que o Fundo seja uma solução para todos os países, se não aportam recursos adicionais. Nessa medida, o Fundo traria apenas uma maior capacidade executora de projetos, o que, segundo ele, não é desprezível. Outro problema levantado pelo representante do BID é a relação dos Fundos de Investimento Social, de caráter permanente, com os Ministérios "de linha" ([7]).

Do ponto de vista das suas fontes, os Fundos de Emergência Social se estruturam para captar recursos externos (de "ajuda internacional") e/ou recursos de origem fiscal.

Além das possíveis vantagens dos Fundos, apontadas sobretudo por aqueles que participam de alguma experiência governamental nesse sentido, algumas desvantagens ou problemas são apontados por Bustelo e Isuani (op.cit.).

No terreno das vantagens, apesar da diversidade de experiências, Flaño (1990) aponta a intencionalidade dos fundos de possibilitar uma ação rápida, ágil, expedita e direta, e de serem dirigidos a grupos e a objetivos pré-definidos ou à solução de determinados problemas. Em outras palavras, os Fundos escapariam da chamada "rigidez" imposta pela "burocratização" com mais facilidade do que os programas "clássicos" da Política Social. Neste sentido, estariam em condições

de impulsionar experiências inovadoras e gerar um efeito de demonstração que fosse alterando a própria dinâmica daqueles setores "tradicionais". Por outro lado, os Fundos poderiam ter custos operacionais baixos, podendo alcançar, portanto, mais beneficiários, sobretudo em situações de emergência. Finalmente, na medida em que não executa ações diretamente, descentralizando e desconcentrando atividades para o setor público local, e para organismos não governamentais relacionados diretamente com os beneficiários, os Fundos estariam em condições de gerar maior participação e autonomia social.

No entanto, se reconhece que existe um longo caminho a percorrer no sentido de uma articulação concreta e positiva entre a administração das políticas sociais e a administração dos Fundos. Até o momento, a relação parece ser mais de competição dado o financiamento "fresco" disponível para os Fundos e as vantagens administrativas com que contam para a sua operação. Nesse sentido, se o Estado abre mão de seu papel de regulação e coordenação, os Fundos podem favorecer processos de maior fragmentação da política social ao apoiar iniciativas isoladas ou que se esgotem rápidamente, por não existir continuidade no financiamento de seus custos operacionais.

Uma das funções dos Fundos, a de prestar assistência aos mais necessitados, requer uma ação rápida na conjuntura, e, em geral, a aplicação de recursos substanciais. Para cumprir cabalmente essa função, deveria ser assegurado, no mínimo, a cobertura das necessidades nutricionais e sanitárias básicas da população, sobretudo dos setores de maior risco, como crianças, mulheres grávidas e no puerpério (UNICEF,1990). Os programas de geração de emprego temporário, que pussuem um caráter assistencial, não garantem uma adequada ingestão básica de alimentos para os grupos de risco, dada a já conhecida desigualdade na distribuição intrafamiliar nos setores pobres. Em outras palavras, em uma conjuntura de crise, uma prioridade indiscutível no ajuste deve ser impedir deteriorações nos níveis nutricionais e de saúde da população de risco, as quais, no futuro, podem tornar-se irrecuperáveis.

O que merece ser destacado é o fato de que, frente ao incremento da pobreza e da insatisfação das necessidades básicas, um Fundo de Investimento Social reduzido, com relação ao volume de recursos e/ou ações que pretende promover, tem alta probabilidade de terminar atingindo a poucos com pouco. Que alguns setores da população pobre recebam algum benefício que de algum modo alivie sua situação não é evidentemente passível de críticas. O que se deve evitar é um retrocesso para etapas anteriores à Política Social, onde prevalecia uma beneficência cuja principal debilidade consistia em não satisfazer as necessidades básicas de um conjunto muito amplo de setores pobres com consequencias irreversíveis em termos de desenvolvimento social.

O país pioneiro na criação de um "Fundo de Emergência Social" foi a **Bolívia**, cuja experiência tem sido aproveitada como base para o desenho de uma grande variedade de Fundos de Investimento Social que se expandiram em vários países da América Latina. Entre 1986 e 1989, o Fundo de Emergência Social da Bolívia financiou mais de mil projetos, perfazendo um total de aproximadamente 180 milhões de dólares ([8]).

Em novembro de 1986, um ano depois de sua criação, o Presidente da República da Bolívia assinou outro decreto reformulando a concepção institucional do "Fundo Social de Emergência", e

também do "Comitê Nacional do Emprego" (criado em julho de 1986): definindo-os como "entidades de direito público e existência temporal definida, com capacidade para utilizar a estrutura técnica e administrativa com que conta o Estado, no cumprimento de atividades próprias de captação de recursos e sua designação para o financiamento de projetos de alta rentabilidade social, máxima ocupação de mão de obra e cuja execução total não exceda os três anos de trabalho." Segundo o Decreto, o FSE ficava extinto a partir de 31 de dezembro de 1989 ([9]).

As circunstâncias que cercavam esse Decreto ficam expressas no seu considerando, o qual estabelece que "corresponde ao Poder Executivo estabelecer os mecanismos necessários para criar condições de emprego, que permitam aliviar a crise social refletida no desemprego e nos indicadores de saúde e nutrição, enquanto se logram os resultados previstos na Nova Política Econômica" ([10]).

Em junho de 1989, o FSE tinha realizado desembolsos da ordem de 14 milhões de dólares, com as seguintes prioridades: 17% em apoio à educação; 10% em atividades epidemiológicas; 9% em programas rurais de saúde; 9% em apoio institucional; e 22% em merendas escolares. Se favoreceu diretamente a 200.000 pessoas e a algo em torno de 3 milhões de pessoas de forma indireta ([11]).

Em outubro de 1989, obras em infraestrutura social - água e esgoto, habitação, construção de escolas, construção de postos de saúde, e restauração de igrejas históricas (!) - representavam 48% dos compromissos do FSE; de infraestrutura econômica - melhorias urbanas, estradas, irrigação, drenagem, controle de erosão, reflorestamento - 36%; de assistência social - custos operacionais de projetos de saúde e educação - 11%; e de apoio produtivo - linhas de crédito para cooperativas e compra de materiais para projetos de auto-ajuda - cerca de 5%. Segundo a CEPAL (op.cit.) o FSE teve êxito em um de seus principais objetivos: gerar emprego. Nesse período tinha gerado 568 mil meses-homem de emprego; além disso, 43% dos trabalhadores empregados pertenciam aos tres menores decís de renda.

Do ponto de vista do seu objetivo de prover serviços para os mais pobres, o FSE não estava inicialmente "equipado" para distinguir entre diferentes graus de pobreza nas comunidades potencialmente beneficiárias, nem para uma seleção estrita da infraestrutura e dos serviços sociais para os mais pobres. Sua orientação em direção à demanda limitava a extensão de seus benefícios dirigidos para a extrema pobreza, dado que as comunidades mais pobres, em geral, padecem de instituições frágeis (ou ausentes), pouco acesso à informação, escassos intermediários institucionais, como ONGs e outras ([12]).

Ainda em 1989, considerando que "subsistem alarmantes indicadores de saúde e educação que obrigam a definir a criação de um ente capaz de captar recursos para sua alocação exclusiva ao financiamento de projetos para ditas áreas", foi criado um "Fundo de Investimento Social-FIS, com caráter permanente, preservando a experiência institucional do "Fundo Social de Emergência", dirigido à satisfação das necessidades básicas em saúde e educação" ([13]).

O FIS foi constituído como entidade de direito público, dependente do Conselho Nacional de Política Social do Ministério do Planejamento e Coordenação (CONAPSO), com personalidade jurídica plena, autonomia administrativa, técnica e financeira, com finalidades, atribuições e funções

muito semelhantes ao FSE, diferenciando-se apenas no direcionamento para as áreas de saúde e educação. Não sendo definido como uma instituição de emergência, o FIS deveria elaborar critérios de seleção e aprovação de projetos compatíveis e coerentes com uma estratégia de longo prazo. Este decreto definia ainda que, constituindo-se o FSE o lugar de onde se iria gestar o FIS, tornava-se necessário ampliar em seis meses os termos de vigência do FSE estabelecidos no Decreto de 1986.

Outra experiência é a do **governo democrático chileno**, que criou o **"Fundo de Solidariedade e Investimento Social- FOSIS"**. Este, segundo Flaño (op.cit.), nasce com uma nova orientação, complementar à que realiza o resto do setor público, que consiste em trabalhar com grupos, comunidades e localidades concretas tendo em vista resolver seus problemas causadores ou derivados da pobreza. Esta orientação facilitaria a articulação ao nível local das ações dos setores público e privado e, deste modo, superaria o enfoque setorial das políticas sociais.

A criação do Fundo presume, de acordo com a mesma fonte, a criação e o fortalecimento da capacidade de expressar as necessidades sentidas pelos grupos afetados na forma de demandas, formuladas como projetos que possam ser considerados pelo Fundo. Dessa forma, o Fundo de Solidariedade não seria uma entidade de beneficência que dê dinheiro nem outorgue subsídios permanentes. Tampouco executaria ações diretas, senão que financia a execução daqueles projetos e atividades que sejam avaliados positivamente por ser coerentes com os requisitos técnicos, as linhas de ação e programas definidos pelo Fundo.

Para orientar a alocação de recursos, o FOSIS aprofundaria o diagnóstico da pobreza em estreita colaboração com o Ministério do Planejamento e Cooperação. Sobre esta base, o Fundo formularia suas políticas e desenharia "Linhas de Ação e Programas" que orientariam a recepção e seleção de projetos a serem financiados.

De acordo com o Diretor do FOSIS ([14]), o Fundo promove a apresentação de projetos específicos a serem realizados nas distintas regiões e localidades do país no contexto dos programas definidos. Em termos operacionais, o procedimento é que o FOSIS realize convocatórias para a apresentação de projetos, definindo as condições e os prazos para a recepção dos projetos e o tempo que levará o processo de avaliação e decisão sobre os projetos selecionados para o financiamento. A este procedimento se dá o nome de "Concurso". Os projetos podem ser apresentados por comunidades ou grupos, municípios, instâncias governamentais e privadas, ou por organismos não governamentais.

Além dos concursos, existem outros dois mecanismos por meio dos quais se pode originar projetos e realizar-se o processo de avaliação.

Os "Convênios Marco" constituem a definição de uma linha programática que geralmente implica em uma ação complementar ao trabalho de algum Ministério ou repartição pública, ou de algum órgão privado, a ser executada a partir da instituição com a qual se realiza o convênio. Os projetos específicos a serem financiados nessa linha, devem ser apresentados nas Secretaris Regionais de Planejamento, e seguem o procedimento habitual de avaliação. De fato são denominadas de "joint ventures" entre o FOSIS e alguma repartição pública, tanto para a obtenção de recursos de

cooperação internacional, como para complementar e potencializar atividades habituais de ditas instituições.

O segundo mecanismo se denomina "Projetos Especiais", que constituem experiências pontuais que interessam ao FOSIS pesquisar, já que contém inovações na forma que o Estado atua frente à pobreza. São concebidos como experiências piloto que, tornando-se exitosas, serão repetidas a nível regional, de acordo com os procedimentos anteriores (Concurso ou Convênios Marco).

O FOSIS orienta seus recursos em duas direções ([15]):

- apoia ações, iniciativas e projetos associativos de caráter produtivo, destinados a melhorar a renda das famílias populares;

- e apoia ações, iniciativas e projetos de tipo social, destinados a melhorar a qualidade de vida das famílias nas comunidades pobres. Neste grupo, incentiva o uso de equipamento de sedes comunitárias, apoia a melhoria da situação nutricional e a prevenção em saúde, impulsiona ações formativas, recreativas e culturais, apoia a capacitação para o trabalho e promove a melhoria dos sistemas de informação sobre direitos, recursos e serviços disponíveis.

Existem ainda Fundos Sociais nos seguintes países: Equador, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicarágua, Panamá, Perú, Uruguai e Venezuela. As respectivas experiências não serão aqui detalhadas por falta de espaço. Quanto à experiência do México, do Fundo Nacional de Solidariedade vinculado ao Programa Nacional de Solidariedade (PRONASOL), ela será examinada mais adiante (em análise específica sobre a Política Social mexicana).

NOTAS

(1) A questão da Descentralização é tratada em diversos momentos desta tese, sob diversos aspectos, inclusive como uma das estratégias neoliberais propugnadas para as políticas sociais. A ênfase é dada para as diferentes características que assume dependendo das situações de cada país, com destaque para o caso brasileiro.
(2) Morgan,1991, in Lizana,1993
(3) Campbell,1991,in ibid.p.112.
(4) Banco Mundial, 1988, in ibid.p.113.
(5) Mc.Greevey,1990a,p.116
(6) id.ibid.
(7) ibid.p.120-121.
(8) Bustelo e Isuani,op.cit.,p.40.
(9) ver "Seminario Internacional sobre "Fundos de Desenvolvimento Social", Stgo.de Chile, nov/1990, p.217.
(10) id.ibid.
(11) Campero,1989,in CEPAL,1990,p.26.
(12) CEPAL,op.cit.,p.26.
(13) ibid.p.225.
(14) ver ibid.p.18-19.
(15) ver Flaño, op.cit., p.18.

6 - O Gasto Social latinoamericano

A deterioração da situação social associada à redução do gasto público social, ambas provocadas e/ou agravadas, em diferentes medidas, por políticas de ajuste econômico, vem se tornando uma combinação cada vez mais perversa na América Latina.

A CEPAL (1992a) apresenta a evolução do **gasto social** na América Latina no período 1977-1988, subdividindo-o em três sub-períodos: pré-crise (1977-82), crise (1983-85) e pós-crise(1986-88). Cada um destes momentos corresponderia a uma fase conjuntural que a região atravessou, embora, na realidade, essa categorização não possa ser exata para todos os países, dado que eles entraram em crise em momentos distintos, além de terem sido afetados por ela de maneira diversa. Os anos 1986-88, por exemplo, apresentaram caracterizações muito distintas em diferentes países. Para alguns houve uma reanimação da atividade produtiva, enquanto para outros significou um aprofundamento dos problemas socio-econômicos. Assim, o termo "pós-crise" é utilizado apenas para distinguir o lapso temporal posterior ao período 1983-85, no qual se manifestou o primeiro impacto da recessão econômica e das políticas fiscais restritivas.

Por outro lado, esse estudo não considera todos os efeitos sociais das políticas de desenvolvimento, incluindo apenas o gasto com as políticas específicas nos setores de educação, saúde, seguridade social (que também inclui a saúde enquanto seguro),habitação e serviços para a comunidade (assistência social).

Analisando o **gasto público social como percentual do PIB**, os dados evidenciam os diferentes compromissos dos governos da região com os setores sociais. Esse compromisso oscilou entre um patamar em torno de 15% no Chile, na Costa Rica e no Uruguai, e uma alocação de recursos entre 3,8% e 5,5% do PIB no Perú, Paraguai, Equador e Bolívia. A Venezuela, a Colômbia, e o México, registram um "ranking" intermediário. Nos casos da Argentina e do Brasil, com uma média percentual em torno de 9%, é necessário lembrar a importância do gasto social nas demais instâncias governamentais. Neste sentido, como o gasto aqui registrado se refere àquele realizado pelo governo central, a CEPAL classifica os países quanto ao peso do governo central vis-a-vis os demais níveis de governo. Na Argentina e no Brasil, o peso da administração central fica ao redor de dois terços do conjunto do setor público; na Colombia, México, Equador e no Perú, o governo central desenvolve entre 80 e 85% das atividades; e na Bolívia, Chile, Costa Rica, Paraguai, Uruguai e na Venezuela a administração central é preponderante, com uma importância que vai desde 90 até 97% do gasto e da receita relativos ao total dos níveis governamentais ([1]).

De todos os países considerados, apenas dois registraram uma tendência clara: Bolívia, para o aumento, e México, para a redução. Os demais tiveram uma conduta errática ao longo de todo o período. As médias referentes aos sub-períodos indicam uma diminuição da importância do gasto público social com relação ao PIB nos anos 1983-85 em 5 países (num total de 12): Brasil, Costa Rica, Equador, México e Uruguai. No terceiro sub-período (1986-88), 6 países (em um total de 11) apresentaram uma redução da participação do gasto social no PIB: Argentina, Chile, México,

Paraguai, Perú e Venezuela. A média simples regional apresentou um aumento dos fundos destinados a gasto social com relação ao PIB para os anos 1983-85, e uma pequena diminuição nos anos sucessivos ([2]).

Analisando o **gasto público social com relação ao gasto público total** dos governos centrais, os países que apresentaram uma maior "vocação social" foram a Costa Rica, o Uruguai e o Chile, que gastaram em torno de 60% dos fundos públicos em serviços sociais. A seguir estão a Argentina, a Colômbia, a Venezuela, a Bolívia, o Paraguai e o Brasil ([3]), que destinaram à área social entre 37 e 45% dos recursos públicos. Os países que gastaram a menor proporção de recursos sociais foram o Equador, o Perú e o México ([4]), com um percentual entre 20 e 35% do orçamento público ([5]).

Com relação à distribuição setorial do gasto público, Bolívia e Equador gastaram cerca de um quarto do orçamento público em **Educação**, seguidos pelo Perú, Colombia e Venezuela, com uma parcela de 20%. Argentina, Brasil ([6]) e Uruguai, parecem ser os países que proporcionalmente menos fundos destinaram à Educação, com uma destinação entre 4 e 7%. Os demais países situaram-se em uma posição intermediária, com um percentual em torno de 12% ([7]).

Em **Saúde**, o país que gastou a maior parcela de recursos, 25%, foi a Costa Rica. Depois estiveram a Venezuela, o Equador e o Brasil, com percentuais entre 7 e 10%; enquanto Argentina, Paraguai, Uruguai e México, apresentaram características opostas, com percentuais que vão de 2 até 5% ([8]).

No que diz respeito à **Seguridade Social**, Uruguai, Argentina, Chile e Brasil apresentaram percentuais muito superiores aos demais países; em particular o Uruguai destinou cerca da metade de seu orçamento público para essa área, enquanto Argentina e Chile gastaram cerca de um terço dos fundos públicos. Equador e Bolívia apresentaram as menores proporções, com menos de 3% do orçamento, enquanto os demais países ficaram em posições intermediárias ([9]).

Quanto ao setor de **Habitação**, Venezuela, Chile e Colombia ficaram nos primeiros lugares, com percentuais em torno de 4%. Costa Rica também destinou, em média, um percentual similar, mas os recursos envolvidos seguiram uma evolução muito mais errática do que nos casos precedentes. Uruguai, Bolívia e Brasil, por outro lado, foram os países que menos recursos utilizaram nesse setor, com uma participação orçamentária inferior a 1% ([10]).

Como uma medida da proteção do gasto social frente às diminuições no gasto público total, foram utilizados coeficientes de vulnerabilidade ([11]).

Os resultados sobre a base de dados anuais do período 1977-88 indicam que o gasto social parece ter sido menos protegido que o total do gasto fiscal. De fato, a média regional indica que o gasto social reduziu-se proporcionalmente mais que o gasto público total (com uma diferença de 5% entre ambos). Os países que parecem ter protegido mais os recursos dedicados aos serviços sociais foram Paraguai, Bolívia e Argentina; enquanto aqueles que menos o fizeram foram Venezuela, Uruguai, e México.

Na distribuição setorial, o gasto em Educação por pessoa registrou um coeficiente de vulnerabilidade médio de 0.58, significando que a alocação de recursos para este setor foi, em certa medida, protegida, diminuindo cerca de 40% menos com relação à queda do gasto público total.

Ressalte-se, no entanto, que este resultado foi obtido excluindo o **Brasil**, o qual, apresentando um alto coeficiente, alterava substancialmente a média regional. Ao considerar este país, o coeficiente de vulnerabilidade médio passa para 1.13, o que indica uma piora mais que proporcional do setor educação frente às diminuições do orçamento público.

O gasto em **Saúde** parece ter sido o mais "protegido" entre todos. Os dados produzem um resultado (V=-0.27) indicando aumento nos fundos destinados a esta área nos momentos nos quais se realizavam cortes no gasto total. Entre os que destinaram proporcionalmente mais recursos ao setor estavam: Brasil (V=-2.97), Paraguai (V=-1.42), Argentina (V=-1.12), Costa Rica (V=-0.77), Perú (V=-0.34), e México (V=-0.15).

Por outro lado, o **gasto em Seguridade Social** parece ter sido, ao longo do período analisado, um pouco menos protegido que o gasto em educação, diminuindo, em média, 0.65 pontos em cada ponto de diminuição do gasto total (V=0.65). Também aqui o **Brasil** se destaca dos demais, com um coeficiente de vulnerabilidade médio no período de 10.63, indicando que **o gasto em Seguridade Social foi altamente prejudicado na redução do gasto público total.**

Muito negativos foram os efeitos dos cortes no orçamento público para o setor **Habitação**. Os recursos destinados a esse setor parecem ter diminuido a um ritmo que duplica aquele verificado a nível total (V=1.92).

Finalmente, os recursos destinados a outras rubricas (gasto residual) parecem ter registrado uma ótima proteção, aumentando frente às reduções orçamentárias fiscais (V=-1.24). É preciso que se note, no entanto, que a média esconde tendencias muito diferentes, e o número de países que aumentou os fundos destinados a essa rubrica foi quase igual àqueles que os reduziram.

O indicador **gasto público social *per capita*** dá conta do nível e das mudanças na alocação dos recursos levando em consideração o tamanho da população total e sua relativa dinâmica demográfica. Para permitir a comparação entre os países, os dados *per capita*, expressos nas respectivas moedas nacionais e a preços constantes, foram transformados em números índices. Se escolheu como base 1982, o ano precedente à crise econômica ([12]).

A maioria dos países examinados apresenta uma tendencia crescente do gasto social *per capita* até 1982, seguindo depois uma evolução mais contraditória, que apenas ocasionalmente recupera os níveis por pessoa dos anos precedentes ao início da crise. Deixando de lado a Colômbia, cuja informação estatística disponível é muito reduzida, o quadro apresenta duas exceções: Argentina e Costa Rica. Estas duas nações destinam recursos para serviços sociais de acordo com uma tendencia exatamente contrária com respeito ao anteriormente descrito, ou seja, seu nível de gasto social apresenta um mínimo em 1982, enquanto que nos anos prévios e nos sucessivos é maior o volume de recursos destinados a esse fim.

As reduções mais importantes no nível do gasto social *per capita* foram registradas em torno dos anos 1984 e 1985, quando 7 entre 10 países chegaram a um nível mínimo. As reduções mais importantes se verificaram no Uruguai, na Venezuela e no México: o primeiro diminuiu quase 40% seu nível de gasto em três anos, enquanto que os outros dois Estados gastaram 30% a menos. **Brasil** e Perú apresentaram diminuições menores porém dignas de destaque: **20%** e 15%, respectivamente.

Os dois países que registraram as maiores tendencias à diminuição no nível do gasto social per capita foram o México, com uma redução de 41,3% entre 1982 e 1987, e o Paraguai, com 38.9% de queda no mesmo período.

O caso do Chile é analisado de modo diferente com respeito aos demais. Neste país (como veremos adiante), o setor social foi objeto, no início dos anos 80, de amplas reformas as quais, depois de um inicial aumento dos compromissos financeiros estatais, levaram a uma progressiva diminuição do papel público nessa área. Isto explica tanto os aumentos nos anos 1982-1984, como os cortes sucessivos no gasto público social nesse país: em 1988 o Estado chileno gastava aproximadamente 23% a menos do que em 1982, e, fora um ligeiro repique em 1984, essa tendencia permaneceu sem alterações.

A região pareceu recuperar algo, quanto aos recursos destinados à área social, próximo a 1986 e, em algum caso, também 1987. Ao contrário, se nota uma preocupante inversão de tendencia, para muitos países, no último ano para o qual estavam disponíveis os dados estatísticos: fora a tendencia "histórica" à diminuição do gasto social *per capita* que apresentaram o Chile, o México e o Paraguai, outros sete países, de forma diferenciada, também registraram uma redução nos recursos *per capita* destinados aos serviços sociais.

A média regional reflete a conduta analisada para os países acima: excluindo-se a Bolívia (por problemas inflacionários), essa média registra uma diminuição de cerca de 10 pontos percentuais entre 1982 e 1987, com o seu nível mínimo em 1985, quando essa redução alcançou 15,6% ([13]).

Apresentando os dados agrupados por sub-períodos, para cada um deles foram obtidas médias dos gastos, expressas nas respectivas moedas nacionais para o ano de 1985, e as correspondentes taxas de variação. Apenas em três casos da amostra considerada, Brasil, Equador e Costa Rica, se observou um nível de gasto social, nos últimos anos, superior ao que se registrava no período pré-crise. Em outros quatro, Argentina, Bolívia, México e Venezuela, a tendencia foi decididamente de queda, com reduções tanto no segundo como no terceiro sub-período. O Perú e o Uruguai parecem recuperar algo nos anos 1986-88, mas sem alcançar o nível de gasto pré-crise. Por outro lado, o gasto social per cápita no Chile e no Paraguai apresenta uma trajetória distinta, com aumentos no segundo período e importantes quedas no terceiro ([14]).

Em síntese, dos onze casos analisados, oito registraram, ao final dos anos 80, um nível de gasto social per cápita inferior ao que apresentavam no período pré-crise.

Analisando o gasto setorial *per capita*, verifica-se, primeiramente, que o setor Educação caracteriza-se por ter registrado reduções maiores que o gasto social per cápita na metade da década passada, e por ter apresentado recuperações mantidas nos últimos anos do período. Em 1985, frente a uma diminuição do gasto social de 15,6%, o gasto em educação per cápita apresentava um corte de mais de 18%. Já em 1988, o gasto social total ainda se encontra abaixo do nível de 1982 em quase 7 pontos, enquanto que os fundos destinados a propósitos educativos recuperavam o nível de 1982, mas não os de 1980 e 1981. Brasil e Costa Rica foram os países que mais contribuiram para esse desempenho; nesses dois países a dinâmica do gasto em Educação se apresenta muito acentuada, e ao final da década Brasil registra um gasto por pessoa superior em 40% ao de 1982, enquanto que

Costa Rica melhora seu nível em 30%. As perdas mais consistentes foram aquelas observadas para o México, Paraguai e Uruguai. Com relação às médias apresentadas nos 3 sub-períodos, apenas o Brasil e o Perú gastaram, no período 1986-88, mais recursos do que no período pré-crise ([15]).

No setor **Saúde**, o gasto *per capita* parece ter tido uma conduta menos dramática com respeito às demais rubricas sociais. Na realidade, apenas em 1983 esse setor registrou diminuição dos recursos, recuperando em 1987 e 1988 os níveis alcançados nos primeiros anos da década dos 80. As médias, como de hábito, escondem realidades muito diferentes: em contraposição à Argentina, **Brasil** e Uruguai, que apresentaram aumentos de 40%, 20% e 17%, respectivamente, estavam o Paraguai e a Venezuela, que reduziram pela metade os recursos destinados à saúde no mesmo período. Nas médias relativas aos sub-períodos, se observa uma diminuição, tanto no segundo como no terceiro grupo de anos, apenas para o Perú. Nos demais países - com exceção do Paraguai - os anos 1986-88 representaram um momento de recuperação dos níveis de gasto em saúde vis-à-vis o período de crise. Mais ainda: em quatro casos, Argentina, Brasil, Equador e Uruguai, os recursos destinados à saúde nos últimos anos superaram os do primeiro sub-período ([16]).

O gasto em **Seguridade Social** *per capita* também, como na Saúde, apresentou flutuações menos acentuadas que o referente a Educação ou o gasto social total. A média regional registrou sua maior perda em 1984 e 1985, quando o nível do gasto em seguridade diminuiu em quase 12% com relação a 1982. Os anos de 1986-88, em contrapartida, foram anos de recuperação do gasto pré-crise. Ainda assim, o único país que apresentou um crescimento importante nos recursos destinados a esse setor foi Costa Rica, que apresentou um aumento de cerca de 60% com relação a 1982. Fora a Argentina (que registrou um modesto 3% a mais no final dos 80), os outros países apresentaram cortes de diferentes magnitudes, que foram desde menos 40% para Paraguai e Venezuela, até menos 20% para México e Uruguai, registrando também comportamentos mais erráticos, com recuperações e súbitas quedas, como no caso do Equador. Por outro lado, as médias de gasto por sub-períodos indicam um aumento absoluto, no terceiro período com relação ao primeiro, na Costa Rica, no Chile, no Equador, no México, no Paraguai e no Uruguai. Nos demais casos, o comportamento foi mais errático ([17]).

Apesar da complexidade das estatísticas relativas ao setor Habitação, as cifras mostram que 1982 e 1985 parecem ter sido os anos onde a atividade estatal nesse setor foi menor; as dinâmicas mais estáveis foram observadas na Costa Rica, no Brasil, no Uruguai, e no Chile, com importantes aumentos dos recursos em particular nos anos 1986, 1987 e 1988. As médias relativas aos sub-períodos, indica, por outro lado, uma tendência positiva constante apenas na Costa Rica, e uma negativa para Argentina, Bolívia e México. Os demais países denotaram uma conduta mais instável ao longo do período, com recuperações nos últimos anos para Brasil, Chile, Paraguai e Uruguai ([18]).

A análise do gasto público social desagregado, por finalidade econômica, além da desagregação funcional, tem por objetivo esclarecer que categoria do gasto tem sido mais afetada e quanto, tendo em vista as reduções verificadas na década passada nos orçamentos públicos dos países da América Latina. Tal desagregação permite identificar o tipo e a dimensão das consequencias socio-

econômicas, em particular se, como sugerem muitos trabalhos sobre o tema, **as maiores diminuições dentro do gasto social afetaram em maior medida o gasto de capital.**

Ao analisar o **gasto de capital *per capita***, observa-se como, no caso da Argentina, os recursos investidos em serviços sociais cairam de forma notável na década; em Educação houve uma redução de 16% entre 1978 e 1982sendo que, nos anos seguintes os valores foram próximos aos de 1982 e inferiores aos dos anos precedentes. Em **Saúde**, a partir de 1982, se investiu cerca da metade do registrado entre 1978 e 1980. Em **Seguridade Social** a queda assumiu aspectos dramáticos entre 1978 e 1986: menos 90%. O mesmo ocorreu em habitação e em serviços recreativos e culturais ([19]).

Apesar dos poucos dados disponíveis, na Bolívia, no setor Educação os valores mostram um incremento do gasto de capital por pessoa entre 1982 e 1984. Uma forte queda se verificou, ao contrário, em Seguridade Social entre 1983 e 1984, com 70% de redução do investimento entre os dois anos, e em Habitação, onde em 1984 se investiu pouco mais de 6% do realizado em 1978 ([20]).

Brasil também apresentou notáveis quedas nos montantes investidos por pessoa em serviços sociais: em Educação, entre 1978 e 1984, há uma redução de quase 70%, enquanto registrou-se uma redução de 50% em saúde no mesmo período. Os últimos anos mostraram uma elevação, mas os valores não alcançaram os de 1978 ([21]).

O investimento em serviços sociais no Chile foi afetado por uma dupla causalidade: a crise econômica de 1982-1983, e a implementação de reformas nas políticas sociais que tenderam a diminuir o papel estatal nesses setores. O investimento social chileno reflete esta situação, caindo notávelmente entre os últimos anos da década de setenta e a metade dos anos oitenta. Em particular em Eduação se registrou uma redução de 99% entre 1979 e 1984; em Saúde uma queda de 71% entre 1981 e 1983; em Seguridade Social uma diminuição de quase 84% entre 1979 e 1983; em Habitação outra de quase 49% entre 1980 e 1983; e, ainda, o investimento em serviços para a comunidade sofreu uma diminuição marcada, de cerca de 80% entre 1980 e 1986. O total do gasto em capital foi, em 1983, pouco mais de 40% do que havia sido em 1979. Os últimos anos se caracterizaram por um aumento no nível de investimento, em particular em Habitação. O total do investimento em 1986 foi, no entanto, 19,4% menor com relação a 1979 ([22]).

Para Colombia, país sobre o qual se dispõe de poucos dados, estes indicam uma elevação do investimento em Educação e Habitação, e uma redução em Saúde e Seguridade Social entre 1982 e 1984. O total do investimento dimiminuiu, no período considerado, quase 20% ([23]).

No Uruguai a situação foi mais complexa: o investimento subiu em Educação entre 1978 e 1982 (quase 200%), e logo voltou a valores mais próximos dos de 1978. Em Saúde o investimento dimiminuiu, entre 1978 e 1982, quase 50%, para continuar, nos anos seguintes, de forma mais instável. Uma forte redução se registrou em Seguridade Social entre 1978 e 1985; menos 81,6%. O total de investimentos reduziu-se a um terço entre 1978 e 1985, apresentando um comportamento oscilante no período ([24]).

A Venezuela diminuiu acentuadamente seu investimento em setores sociais entre 1977 e 1984: em Educação menos 53%, em Saúde, menos 87% e em Seguridade Social, entre os anos 1981 e 1985, menos 93%; o investimento total em 1985 foi pouco mais de um terço do que o verificado em

1981. Ao contrário, 1986 se caracterizou por uma mudança de tendencia, que elevou o investimento total a quase o mesmo nível pré-crise; a contribuição do setor educação a este resultado foi preponderante, enquanto que as outras rubricas, exceto Habitação, ficaram abaixo dos respectivos níveis de investimento dos primeiros anos da década ([25]).

Em relação aos dois quinquênios nos quais se dividiu a década examinada, se observou uma queda generalizada nos valores médios per cápita do gasto analisado quando se passa do primeiro para o segundo quinquênio, com raras exceções. Não apenas baixou o valor médio em quase todos os setores, como baixaram, sem exceções, os valores totais médios de todos os países. Por outro lado, os coeficientes de variação subiram no segundo período, mostrando uma instabilidade e uma incerteza notáveis no investimento social dos países sul-americanos considerados ([26]).

Quando se analisa a participação percentual do gasto de capital no total do gasto realizado por função específica, se verifica, na Argentina, uma diminuição muito forte entre 1978 e 1979: mais de 11 pontos percentuais. Ao desagregar-se o gasto por rubrica, se observa que todos os percentuais de investimento baixaram desde 1982 em diante. A única exceção correu por conta do setor Educação, no qual a tendência foi contrária. Além disso, se nota, através do coeficiente de variação, que a maior instabilidade no investimento se deu nos setores de Seguridade Social e serviços comunitários, enquanto que Educação registrou a mais alta estabilidade de gasto de capital ([27]).

Para o **Brasil**, o estudo da CEPAL registra que os percentuais de gasto de capital em 1978 foram sempre superiores à média do período. Além disso, em 1986 os percentuais dos investimentos no gasto social pareceram inverter a tendencia para a queda manifestada anteriormente. Através do coeficiente de variação se destaca uma boa estabilidade do percentual de investimento nos anos analisados.

Para Colombia, os poucos dados disponíveis não permitem esclarecer as tendencias do gasto de capital; entre 1982 e 1984 o investimento em educação, habitação e serviços comunitários subiu, enquanto que nas demais rubricas, e mesmo no investimento total, parecem haver diminuido.

O investimento social no Chile é afetado fortemente pelas políticas de privatização realizadas nos setores sociais. Exceto em Habitação, o percentual do gasto de capital caiu em todas as rubricas, se bem que no último período pareceu aumentar com relação a 1982-1983, anos de forte recessão econômica, a qual ampliou notávelmente os efeitos da privatização. A maior instabilidade do gasto de capital se registrou, para este país, em educação.

A situação uruguaia é mais complexa que as anteriores, desde a perspectiva adotada nesta análise. As tendencias mostradas nas rubricas são extremamente contraditórias; apenas o investimento total parece ter tido um comportamento claro no sentido da redução.

Para a Venezuela, a tendencia foi de diminuição em todos os setores, e na segunda parte do período pareceu aumentar a instabilidade do investimento.

Destaca-se que os percentuais de investimento mais altos da região, com relação ao gasto social, foram os da Venezuela e da Colombia (cerca de 10%); enquanto que os **mais baixos** foram os do Uruguai e do **Brasil**, que **não superaram 3%**.

Os setores aonde mais se investiu foram Habitação e Serviços comunitários (recreativos e culturais), enquanto que a **Seguridade Social foi aonde se gastou menos em capital**.

Argentina foi o país que investiu o percentual mais alto em Saúde e Educação; Chile e Venezuela o fizeram em Habitação. Por outro lado, o **Chile foi o país que investiu menos em Educação e Saúde**.

Na relação entre gasto social *per capita* por finalidade econômica (custeio e investimento) e PIB per cápita foram observadas as seguintes características ([28]):

- as regressões entre gasto corrente per cápita e o PIB per cápita apresentaram duas evidências: um comportamento pró-cíclico para todos os países considerados, mas com uma débil correlação entre as duas variáveis, com duas exceções: o **Brasil**, onde se registrou um coeficiente de correlação ao quadrado de 0.75, indicando uma forte relação entre as variáveis aludidas, e o Chile, para o qual pareceu existir quase incorrelação (R ao quadrado igual a 0);

- na Argentina se nota que a tendencia do gasto corrente foi pró-cíclica até 1983, mudando de direção depois desta data;

- no Chile se observa um gasto corrente com tendência pró-cíclica em 4 anos (num período de 7 anos); na Venezuela em 7 anos de 9; e no Uruguai em 6 anos de 8;

- as regressões entre gasto de capital per cápita e PIB per cápita, os sinais dos coeficientes de regressão também são todos positivos, exceto para a Argentina, que parece ter sido o único país (dos cinco analisados) que realizou uma política de investimentos na área social de alguma maneira anti-cíclica;

- no **Brasil** o sinal positivo é o que domina, ainda que não se note um comportamento muito claro entre as variáveis, e os anos com tendencia contrária são tão numerosos como os que têm o mesmo sinal;

- para o Chile, o gasto de capital é pró-cíclico em 4 de 7 anos; e para a Venezuela em 6 de 9 anos.

No conjunto, o gasto corrente *per capita* parece ter sido mais pró-cíclico que o gasto de capital, ainda assim não há muita diferença no comportamento das duas variáveis, que registraram fundamentalmente uma tendencia parecida com a do PIB.

Concluindo, na análise do gasto social por finalidade econômica e por função sobressaem os seguintes aspectos:

- o **gasto de capital** caiu proporcionalmente mais que o gasto corrente;

- o gasto de capital, além disso, caiu de forma mais generalizada ao longo do período, e para um número maior de países, que o gasto corrente;

- o gasto de capital e o gasto corrente manifestaram uma **tendencia pró-cíclica**, se bem que o primeiro de forma menos marcada que o segundo;

- os **cortes no gasto de capital em educação e saúde** são os mais significativos e generalizados ao longo da década em todos os países considerados.

Este último fato pode trazer consequências importantes para o desenvolvimento socio-econômico futuro da América Latina. De resto, **muitos dos efeitos negativos dos cortes em**

investimento nos setores sociais ainda estão por manifestar-se. O estudo da CEPAL (op.cit.) coloca a necessidade de uma previsão desses efeitos no sentido de "aplicar medidas de política social em sentido contrário" ([29]).

Essas consequencias são corroboradas quando se constata o **impacto redistributivo** da política social em países onde a relação gasto social/gasto governamental tem se situado acima da média relativa a seus grupos respectivos (médio e alto) segundo nível de renda nacional. É o caso da Argentina, do Chile, da Costa Rica, da República Dominicana e do Uruguai, segundo comparação elaborada por PETREI,1987 ([30]). O efeito redistributivo tem sido mais importante em **Educação e Saúde**, exatamente os setores, como vimos acima, onde foram constatados os maiores cortes em investimentos.

TABELA SÍNTESE DOS INDICADORES DE GASTO SOCIAL PARA PAÍSES SELECIONADOS

	A	B	C	D	E	F	G	H
ARGENTINA	-8,4	-0,9	4,0	8,9	8,8	53,1	0,42	15,7
BOLÍVIA	-34,0	-3,1	-2,6	5,9	5,5	40,3	0,26	23,0
BRASIL(1)	5,9	16,5	-2,2	9,2	9,1	32,0	8,81	11,3
CHILE	5,6	-10,0	-22,5	16,9	18,6	50,6	0,78	17,3
MÉXICO	-14,9	-15,5	-41,3	5,6	6,8	s/d	0,99	10,4

Fonte: Dados do FMI, in CEPAL,1992a. Elaboração própria da autora.
(1) Os dados relativos ao gasto social no Brasil estão atualizados e detalhados segundo fontes governamentais no item 5 do Capítulo II.
A: Taxa de variação entre a média do período 1983/85 e a do período 1977/82.
B: Taxa de variação entre a média do período 1986/88 e a do período 1983/85.
C: Índice de crescimento no período 1982/88 (1982=100)
D: Percentual médio do gasto social/PIB no período 1986/88.
E: Percentual médio do gasto social/PIB no período 1977/88
F: Percentual do gasto social/gasto público total em 1988.
G: Coeficiente de Vulnerabilidade do gasto social frente à variações negativas do gasto público total. O alto coeficiente médio do Brasil explica-se pela altíssima (44%) elasticidade do gasto social verificada em 1984.
H: Razão entre gasto militar e gasto social: percentual médio do período 1986/88.

NOTAS

([1]) CEPAL,1992a,p.13.
([2]) CEPAL,op.cit.,p.13 e 14.
([3]) Cabe aqui avisar que para a Argentina e o Brasil não estão aqui incluídos o gasto social dos governos regionais e locais. O gasto social no Brasil é analisado em detalhe no item 5 do Capítulo II.

(4) O México (que será analisado em detalhe no item 8.2 deste capítulo), desde 1977 até 1987, destinou uma grande parcela dos recursos públicos para o pagamento dos compromissos financeiros internacionais, que cresceu de 11 para 60% do orçamento público. Isto explica, em grande medida, a baixa proporção de recursos destinada ao gasto social nesse país.
(5) CEPAL op.cit.,p.14.
(6) Ver ressalva da nota (3). Ressalte-se ainda que o período só vai até 1988, não incluindo portanto a determinação constitucional, no caso do Brasil, de aplicar no mínimo 18% do orçamento público em educação.
(7) CEPAL op.cit.,p.14.
(8) ibid.p.14.
(9) ibid.p.15.
(10) id.ibid.
(11) Esses coeficientes foram propostos por Hicks e Kubisch em 1983, como instrumentos de verificação da sensibilidade dos recursos alocados nos setores sociais frente a reduções no nível do gasto total do setor público. O coeficiente de vulnerabilidade (V) é obtido pela razão entre a variação percentual do gasto do setor social e a variação percentual do gasto público total. Diferentemente dos coeficientes de elasticidade geral, obtidos como média das variações de todas as observações, os coeficientes de vulnerabilidade são calculados somente para as observações para as quais o gasto público total apresenta uma variação negativa. Dessa forma, quando V é menor que zero (0), o gasto social saiu favorecido com relação ao gasto total; quando V fica entre 0 e 1 significa que o gasto social saiu penalizado, mas numa medida menos que proporcional com relação ao gasto total; quando V é maior que 1, o gasto social saiu penalizado numa medida maior que o gasto total.
(12) ibid.p.19.
(13) ibid.p.20.
(14) ibid.p.21.
(15) id.ibid.
(16) ibid.p.22.
(17) ibid.p.23.
(18) ibid.p.24.
(19) ibid.p.29.
(20) id.ibid.
(21) ibid.p.30.
(22) id.ibid.
(23) id.ibid.
(24) id.ibid.
(25) id.ibid.
(26) id.ibid.
(27) ibid.p.31.
(28) ibid.p.33.
(29) ibid.p.29.
(30) in CEPAL,1989,p.4.

CAPÍTULO I: AMÉRICA LATINA

7 - Desenvolvimento dos Sistemas de Seguridade Social nos diferentes países da América Latina

Diversos esquemas analíticos têm sido utilizados nas tentativas de explicação dos processos de desenvolvimento ocorridos nos diferentes Sistemas de Seguridade Social na América Latina. A busca de "traços comuns" e a definição de "etapas cronológicas" nesses processos têm sido a tônica dessas análises ([1]). Como indicadores do grau de desenvolvimento dos Sistemas de Seguridade são definidos os riscos cobertos pelos mesmos; a extensão da cobertura; a antiguidade da legislação; o tipo de financiamento, entre outros.

Essa idéia do desenvolvimento por etapas dos Sistemas de Seguridade Social supõe uma dinâmica própria, o que permitiria identificar graus de "maturidade". Em 1983/84 a CEPAL patrocinou um estudo comparativo do seguro/seguridade social nos 20 países latinoamericanos, classificando-os em 3 grupos segundo o grau de desenvolvimento de seus sistemas: alto, ou de países pioneiros; intermediario e baixo, ou de países tardíos ([2]). Esta classificação foi feita com base em valores assumidos, a princípios da década de 80, por um conjunto de variáveis; cruzando-a com outra classificação que ordena os países segundo o momento cronológico de origem das instituições de seu Sistema de Seguridade Social.

As características comuns dos países situados no chamado grupo "alto", além de serem "pioneiros" no que diz respeito à época de estabelecimento de suas instituições de seguridade social, eram, resumidamente, as seguintes:

- a cobertura do sistema ultrapassava, em média, 60% da população, sendo o restante da mesma coberta por benefícios de caráter assistencial;
- as contribuições sobre o salário nominal se situavam acima de 26% em média;
- os gastos do conjunto do sistema ficavam em torno de 10% do PIB, sendo que aproximadamente metade dos mesmos correspondia aos programas de aposentadorias;
- o sistema já mostrava, nesse período (início dos anos 80), sérios desequilíbrios financeiros;
- o método de financiamento vigente era o de repartição;
- a razão passivo/ativo era muito alta, chegando a atingir 0.6 passivos para cada ativo;
- a esperança de vida era elevada, enquanto que a taxa de crescimento populacional decrescía.

Os países do chamado grupo "intermediário" apresentavam coberturas mais baixas e com intervalos mais amplos entre sí (entre 18 e 50%); a contribuição sobre o salário nominal era mais baixa (em torno de 20%); os gastos com a seguridade social eram em média 3% do PIB, sendo que a maioria correspondia aos programas de Saúde; a razão passivo/ativo oscilava entre 0.05 e 0.15%; a esperança de vida era mais baixa e a taxa de crescimento populacional mais alta.

Finalmente, os países do grupo classificado como "baixo" apresentavam cobertura populacional muito reduzida (menos de 10% da população total e menos de 19% da PEA), concentrando-se na capital e nas cidades mais importantes; os gastos com a seguridade social não ultrapassavam 2% do PIB, e se dirigiam em maior proporção aos benefícios ligados à doença e à maternidade, sendo

destinado menos de 1/5 desses gastos ao programa de aposentadorias; a razão passivo/ativo era baixíssima (entre 0.02 e 0.8%); a esperança de vida era reduzida e o crescimento populacional altíssimo.

Para o ano de 1982 estavam institucionalizados, nos 20 países considerados nesse estudo, tanto o programa de saúde como o de aposentadoria, junto com aqueles programas que cobriam riscos profissionais. Por outro lado, os programas de benefícios familiares apenas existiam em sete países, e o de seguro-desemprego em cinco.

De modo geral o traço comum dos países latinoamericanos no que diz respeito à **cobertura** do sistema é que este se expandiu no sentido de oferecer mais benefícios e serviços aos mesmos grupos, em lugar de ampliar sua cobertura geral, gerando assim sérios problemas de fragmentação e de iniquidade. No **Brasil**, no entanto, apesar da existência de iniquidades na estrutura e na distribuição dos benefícios, a cobertura do sistema de seguridade social tem se ampliado de forma crescente, sobretudo se considerarmos as modificações constitucionais introduzidas nos sistemas previdenciário e de saúde a partir de 1988, encontrando-se no patamar mais elevado da América Latina. Este patamar adquire um pêso ainda maior se considerarmos o tamanho da população brasileira, implicando num volume considerável de beneficiários do Sistema (mais de 96 milhões de pessoas segundo a PNAD de 1983). É bem verdade que esse tamanho também se traduz em um número gigantesco de excluídos do sistema (que se avoluma cada vez mais com a crise econômica), trazendo implicações em termos de cobertura de serviços e benefícios de caráter universal, com financiamento típicamente fiscal. Ou, como vem sendo verificado na maioria dos países, aumentando a demanda por serviços e benefícios assistenciais -também financiados básicamente por recursos fiscais-, utilizando critérios de seletividade, cobrindo apenas certos grupos da população.

Esse mesmo estudo estimou a cobertura média dos Sistemas de Seguridade Social para a América Latina como um todo em torno de 61%. No entanto, esta média estava fortemente influenciada pelo **Brasil**, o qual, sendo excluído, baixava-a para 42.7%.

A rigor, como resultado da crise econômica que afetou a região durante está última década, boa parte dos indicadores apresentados sofreram uma regressão. O aumento do desemprego, a queda do salário real e o aumento da informalidade no mercado de trabalho levam a essa constatação.

Dessa forma, outro estudo (CEPAL,1991) afirma que a cobertura dos sistemas de seguridade social dimimuiu nos últimos anos, particularmente no programa de aposentadorias.

Dados da última década apontam, para o **Brasil** um crescimento de 60% no seu estoque total de benefícios (12.635.571 benefícios em manutenção em 1991), e uma queda de 4% no volume total de benefícios concedidos (1.501.130 em 1991), ou seja, uma redução no número de novos beneficiários que entraram no sistema ano a ano nesse período.

Os esquemas de análise dos Sistemas de Seguridade Social de tipo "evolucionistas", com ênfase em questões jurídico-institucionais e de balanço financeiro, privilegiaram a dinâmica endógena desses sistemas, descuidando, em certa medida, da análise dos condicionantes de seu "ambiente de referência". Isto é, em parte, o resultado do efeito de "demonstração" derivado das recomendações de organismos internacionais e da experiência dos países mais desenvolvidos.

Entre esses condicionantes estariam: a particular conformação do Estado em cada tipo de sociedade; as características específicas do conflito social que as políticas públicas pretendem administrar em cada país; pela ideologia política e econômica preponderantes em uma determinada conjuntura, e pela construção da realidade que se faz a partir da mesma e o funcionamento econômico e sua interrelação com as políticas de seguridade social. A própria ausência de debate sobre esses temas também favoreceu a adoção de sistemas com vigência supostamente "universais", os quais, em alguns casos, demonstraram ser "inoperantes" (3).

Já nos anos sessenta e setenta foram feitas importantes modificações, a maioria delas sob condições de regimes autoritários. No Brasil todo o sistema foi práticamente unificado; na Argentina e no Uruguai se criou um organismo integrador ou coordenador das instituições existentes; e no Chile se iniciou, consolidando-se no início dos anos 80, uma reforma que pretendia eliminar o sistema público (que ficaria reservado para a ação assistencial), criando, a partir do Estado, as condições para o surgimento de um sistema privado de seguros e de serviços de saúde.

O exemplo chileno mostra que alí se produziu uma ruptura que nada tem a ver com os esquemas "evolucionistas" dos sistemas de seguridade social. O impulso dado ao setor privado na captação do "mercado dos serviços sociais", não encontra antecedentes na região. A "assistência" financeira e política por parte de um Estado autoritário deixa dúvidas sobre a capacidade do novo sistema para desenvolver-se; deixando mais dúvidas ainda sobre se chegará a constituir-se em uma alternativa para outros países da América Latina.

Em conjunto, as experiências dos países latinoamericanos têm mostrado diferentes alternativas. Ao mesmo tempo em que se verifica uma "inércia" na evolução dos sistemas de seguridade social em alguns países, em outros se observam grandes rupturas, resultado de uma ação política reguladora do Estado. A análise da Divisão de Desenvolvimento Social da CEPAL (op.cit.) sugere que o motor do desenvolvimento do Sistema de Seguridade Social tem sido a ação dos chamados "grupos de pressão" , entendendo-os como grupos de interesse corporativo negociando separadamente com o Estado, mais do que ações coletivas de uma determinada classe social. O espaço de atuação desses grupos se modifica, não apenas com as transformações econômicas e sociais, mas também com as rupturas institucionais. Isto explicaria, em parte, a fragmentação típica dos sistemas da região, bem como a difundida situação de "privilégio" de algus grupos sociais no interior dos mesmos.

Desse modo, se afirma que a evolução dos sistemas de seguridade social na região se caracterizou por uma "massificação de privilégios", e não pela conformação de sistemas equitativos. "De certa forma, o objetivo explícito do sistema de seguridade social se desvirtuou. Em lugar de ser um mecanismo de distribuição de renda para o conjunto dos cidadãos, se transformou em um mecanismo de intermediação entre demandas e outorga de favores ou privilégios" (4).

7.1 - A crise econômica e os Sistemas de Seguridade Social na América Latina

Da mesma forma que nos países centrais, o debate em torno da relação entre crise econômica e crise da seguridade social vem oscilando, na América Latina, entre duas posições: aquela que

afirma ser a estrutura "deformada" dos nossos sistemas de seguridade importante causa da crise econômica; e aquela que defende o papel determinante da crise econômica nas tentativas de mudança nesses sistemas que vem sendo implementadas em alguns países latinoamericanos, sobretudo na última década. Aqui chega a questionar-se se podem ser chamados de "Sistemas de Seguridade Social" ou de "Proteção Social" os nossos programas - em geral, fragmentados e limitados - de previdência, de saúde e, para que falar, de assistência social.

A relação assalariada formalizada tem sido a base sobre a qual se construíram as instituições de seguridade social na América Latina, constituindo-se, portanto, em um de seus principais limitantes à sua expansão. O salário nominal tem sido tradicionalmente a base sobre a qual são calculadas as contribuições para financiar o sistema. Portanto, a massa salarial estabelece limites precisos ao financiamento. Por outro lado, essa identificação do salário nominal como fonte de financiamento da seguridade social, generalizou a idéia de que seus programas são autofinanciados e independentes do resto das políticas sociais de caráter fiscal. Istou determinou, entre outras coisas, uma falta de coordenação entre as próprias políticas de seguridade entre si, e do conjunto das mesmas com o resto das políticas públicas.

O aumento do desemprego e das chamadas atividades informais na última década evidenciaram a sensibilidade desse tipo de esquema de financiamento. Se fôr acrescentada a queda do salário real e do poder de fiscalização do Estado, se pode compreender o forte impacto da evasão, tanto o segurado trabalhador como do empregador. No caso dos trabalhadores independentes este problema se torna mais evidente, sendo que as tentativas por incorporá-los mediante esquemas de contribuição próprios do seguro (sejam sistemas voluntários ou obrigatórios) têm fracassado, principalmente nos setores com um nível de renda mais baixo. Nos programas de aposentadorias, a evasão ou a mora nas receitas dos fundos ou o cumprimento de normas legais, tem aumentado a brecha entre a taxa de manutenção real e a potencial.

Os limites impostos pelo mercado de trabalho aos sistemas de seguridade social se referem não apenas ao nível de emprego, mas também às suas formas jurídicas, sua mobilidade, o nível de produtividade e o setor econômico onde se sitúa. Estas características definem, também, formas particulares de vinculação entre o poder corporativo de alguns grupos profissionais e o Estado; bem como têm condicionado a estrutura das organizações burocráticas de ambos.

No âmbito da Seguridade Social, o setor Saúde se viu afetado pela crise econômica não apenas pelo lado da receita mas também por medidas "estabilizadoras" e de corte do gasto público. O investimento em novas instalações e equipamentos se viu práticamente paralizado. A queda nos gastos com saúde, provocando uma deterioração na rede pública de serviços, aliada ao aumento da demanda, também provocado pela crise, certamente acarreta um impacto negativo nos níveis de saúde da população mais carente.

7.2 - A estrutura de gastos e de benefícios

Ao analisar os gastos totais do sistema de Seguridade Social na América Latina, se verifica que a maior parte dos mesmos está comprometida com benefícios (78% a 97%).

Nos chamados países pioneiros, a maioría dos gastos se dirige às aposentadorías; enquanto que nos países com surgimento tardío o grosso do gasto está vinculado a programas de assistencia médica. Uma comparação da distribuição percentual do gasto com benefícios na América Latina entre 1965 e 1983 permite identificar uma tendencia crescente no peso das pensões e aposentadorias (a média da região passa de 24% para 51%), e uma tendencia declinante no percentual de doença-maternidade (57% versus 49%) ([5]).

Os países pioneiros tendem a cobrir todos os riscos sociais, outorgando um volume maior de benefícios. Argentina, Brasil, Chile e Uruguai são os únicos países que cobrem todos os riscos, incluindo o desemprego e os benefícios familiares.

Em oito países da América Latina não se exige nem período de espera nem contribuição para receber o auxílio doença, e em dois também para o auxílio maternidade. Nestes casos basta ser segurado e estar empregado. Em outros seis países se requer de 4 a 6 semanas para receber o auxílio. Em três países se paga um auxílio doença equivalente a 100% do salário e em outros dois até 90% do mesmo. Em onze países o auxílio maternidade equivale a 100% do salário. Nos países do Caribe não latino o período de espera tende a ser maior e os auxílios são em média 60% do salário, sendo que em dois deles não existe esse benefício. Na maioria dos países latinoamericanos (e em quase todos os países do Caribe, porém sob o sistema nacional de saúde) não há período de espera para receber os benefícios médico-hospitalares. Também em práticamente todos os países os dependentes do segurado têm direito a esse último tipo de benefícios. Aqui cabe assinalar, já que não é mencionado nesse estudo, que no Brasil desde 1985 o acesso aos serviços de saúde foi universalizado, independentemente de ser ou não segurado.

Desigualdades na estrutura de Benefícios

Na análise das desigualdades dos benefícios pode-se distinguir duas situações: a estratificação típica dos países pioneiros, onde quase toda a população é segurada mas com diferenças marcantes nos benefícios recebidos por diversos grupos; e a iniquidade existente nos países tardíos, onde apenas uma minoria da população é segurada, e com frequencia recebe benefícios "generosos", enquanto que a maioría não está coberta pelo seguro social e apenas tem acesso a serviços "inferiores" de saúde pública e assistencia social.

A exceção de alguns países onde os sistemas foram unificados e mais uniformizados, a estratificação do Seguro Social conduziu a desigualdades consideráveis, já que os grupos mais poderosos recebem mais e melhores benefícios.

Utilizando dados da década de 70, um estudo (CEPAL,1992), mensurou as diferenças legais entre os grupos ocupacionais cobertos, ordenando os grupos segundo a excelência do conjunto de seus benefícios: 1o)Forças Armadas; 2o)Funcionários Públicos; 3o)"Aristocracia Trabalhista"; 4o)Empregados de "colarinho branco"; e 5o)operários.

Com relação às aposentadorias, baseado em cifras da década de 80, o estudo comparou três países pioneiros (Costa Rica, Chile e Uruguai) e três intermediários (Bolívia, Colombia e México), calculando a razão entre a aposentadoria média do regime geral (igual a 1:00) e a aposentadoria média de vários grupos ocupacionais. Os resultados foram: forças armadas 2.5 a 8 vezes; polícia 1.6

a 6.9 ; funcionários públicos 1.2 a 3.8 ; bancários 3.4 a 5.8; trabalhadores rurais 0.8 e empregados domésticos 0.7.

No que diz respeito à doença e à maternidade o estudo compara, na década de 80, as desigualdades dos serviços de saúde entre quatro tipos de instituições em quatro países do grupo intermediário(Colombia, Equador, México e Perú): os serviços do setor privado são os melhores em dois países; os serviços das Forças Armadas são de três a quatro vezes melhores que os do Ministério da Saúde; os serviços do Seguro Social são também melhores que os do Ministério, o qual possui os piores serviços. Com exceção do setor privado, o segurado apenas pagava parte dos serviços recebidos, com o que os grupos de baixa renda (cobertos pelos piores serviços) provavelmente contribuiam para os serviços superiores das forças armadas e o seguro social.

As desigualdades nos benefícios relativos à saúde não existem apenas entre grupos ocupacionais, mas também entre regiões geográficas. Estudos individuais de dez países latinoamericanos (Argentina, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Equador, México, Panamá, Perú e Uruguai) baseados em dados de 1979/84, identificaram diferenças extremas com relação a leitos hospitalares e médicos por população atendida, entre a região com os melhores serviços e a região com os piores serviços. As desigualdades nesses serviços estão correlacionadas positivamente com o grau de cobertura populacional. Também uma estratificação alta dos serviços de saúde (com um grande número de instituições cobrindo a diversos grupos da população) parece gerar desigualdades notáveis nesses serviços e nos níveis de saúde. Pelo contrário, os sistemas de saúde integrados ou com alta coordenação tendem a reduzir ditas desigualdades.

Finalmente, existe também uma desigualdade etária, expressa nos diferentes níveis de gasto. A maioria do gasto com os benefícios respectivos nos países pioneiros se dirige à população aposentada. Segundo o estudo da CEPAL, parte dessa população continua, na prática, trabalhando. Dessa forma, o grosso do gasto com saúde vai para a população em idade produtiva, a qual possui uma incidência de doenças menor, ainda segundo esse estudo, do que a população materno-infantil. No Perú, em 1985, 30% da população em idade produtiva estava coberta pelo seguro social, mas só 1.4% da população menor de 14 anos estava coberta e, na Colombia, as proporções eram, respectivamente, 15% e 3.6%; no **Brasil** 4,3% da população aposentada recebe 31% do gasto com benefícios. Estes três países possuem as taxas de mortalidade infantil que são respectivamente a terceira, a oitava e a sétima mais altas entre 24 países da região.

7.3 - A cobertura da população

Nível de cobertura

A cobertura dos riscos pelo seguro/seguridade social na América Latina evoluiu gradualmente. Em geral a extensão da cobertura dos riscos tem sido muito mais rápida que a cobertura populacional.Isto se deve à prioridade dada a extensão vertical (riscos cobertos) sobre a horizontal (população protegida); com frequencia uma minoria da população está coberta contra todos os riscos, enquanto a maioria não dispõe de proteção contra nenhum risco. Na cobertura da população se

distingue a legal da estatística. A primeira , prescrita por lei, nem sempre é executada; já a segunda se origina em estimativas da população protegida.

Apesar das deficiências estatísticas, o estudo da CEPAL (1992) apresenta os dados disponíveis de cobertura da PEA em termos de aposentadoria e saúde, ordenando os países da seguinte maneira: 80% a 100% em Cuba, Barbados, Jamaica, **Brasil** e Bahamas; de 60 a 79% no Chile, Uruguai, Costa Rica (estes três teriam uma cobertura mais alta se fossem incluidas as pensões assistenciais) e no Panamá; 40% a 59% na Venezuela e no México; 20% a 39% no Perú,Nicarágua, Colombia, Guatemala e Equador; e 1% a 19% na Bolívia, Paraguai, Honduras, El Salvador e na República Dominicana. O ordenamento dos países com respeito à cobertura da população total é a seguinte: 80% a 100% no **Brasil** e Costa Rica (não há dados para Bahamas, Barbados, Cuba e Jamaica, mas possívelmente se colocam neste grupo); 60% a 79% na Argentina, Uruguai, Chile (com assistencia a indigentes e aos beneficiários das entidades mutualistas, a cobertura destes três países seria mais alta); 40% a 59% no México, Panamá e Venezuela; 20% a 39% na Nicarágua e Bolívia; e 1% a 19% no Perú, Paraguai, Colombia, Guatemala, Honduras, El Salvador e na República Dominicana. Conforme observação anterior, a cobertura é mais alta nos países mais desenvolvidos que possuem também os programas mais antigos (com exceção dos países caribenhos).

Alguns dados mais recentes mostram variações na cobertura desses países. No período 1985/88 observaram-se quedas na cobertura: na Argentina (total), Bolívia (o máximo de cobertura ocorreu em 1983 com 26.2%), Chile (queda no começo da década e recuperação depois), Guatemala (total e PEA), Honduras (PEA), México (PEA), e Uruguai (total e PEA). Estas quedas se deveram, provavelmente, à crise econômica que provocou incrementos nos níveis de desemprego e subemprego, ainda que em alguns casos possa ser resultado de mudanças nas estimativas.

A estimativa da cobertura global na América Latina é de 61.2% para a população total e a PEA. Nesse aspecto não há dúvida que determinados países da região alcançaram níveis de cobertura semelhantes aos do países centrais. No entanto, na maioria dos países a cobertura do seguro social ainda é muito baixa e sua extensão se vê obstaculizada por barreiras estruturais. Na cobertura global da região, influi fortemente a altíssima cobertura do **Brasil**, país que concentra mais da metade de todos os segurados. Quando se exclui o Brasil, o percentual de cobertura cai a menos de 43% da população total e da PEA; mais ainda, na metade desses países a cobertura é inferior a 25%.

Desigualdades na cobertura

Ao lado do problema da cobertura global se acrescenta, na maioria dos países, o da desigualdade no grau de cobertura entre grupos ocupacionais, ramos de atividade econômica e unidades geográficas. A cobertura tende a estar correlacionada positivamente com a renda, a qualificação ocupacional e o poder dos grupos de pressão.

Pesquisas realizadas em sete países - Argentina, Chile, Costa Rica, Cuba, México, Perú e Uruguai - (CEPAL,op.cit.) demonstram que o surgimento histórico da cobertura de diferentes grupos ocupacionais respondeu, em grande medida, ao poder desses grupos, com uma brecha de quase 200 anos entre os primeiros e os últimos grupos cobertos por aposentadorias. Nesses sete países, no entanto, todos os grupos estão cobertos, ainda que subsistam diferenças marcantes no grau de sua

cobertura, apesar dos processos de universalização, unificação e uniformidade que tiveram lugar na maioria deles. As diferenças mencionadas são muito mais evidentes nos países com baixa cobertura, na medida em que a maioria da população está excluída do sistema de Seguro Social.

Em outro grupo de países (Colombia, Costa Rica, Chile, Equador, México e Perú) as informações sobre o grau de cobertura da PEA ,no período 1979/84, por ramos de atividade econômica, indicam que o nível mais alto se verifica nos setores de eletricidade, água e gás (64% a 100%); manufatura (40% a 90%); e transporte e comunicações (32% a 71%), exceto Equador). A mais baixa cobertura se encontra na Agricultura (4% a 59%), com os maiores percentuais na Costa Rica e no Chile, países que se aproximam da universalidade. Informação recente a respeito da Bolívia (1986) mostra que 78% da mineração e 100% do petróleo estão cobertos, enquanto que apenas 0.2% da agricultura está protegida pelo Seguro Social.

Outra forma de aproximação ao problema da cobertura é o exame do tamanho do setor formal, analisando a distribuição da força de trabalho pelos setores formal, informal, moderno e tradicional.

Na maioría dos países se observa uma correspondência muito grande entre o tamanho do setor urbano-formal e o percentual da PEA coberto pelo Seguro Social. Alguns poucos países foram capazes de extender a cobertura mais além desse setor, seja porque possuem um setor rural relativamente moderno e sindicalizado (como Costa Rica e Chile), seja porque, possuindo um setor rural-tradicional importante, criaram novos métodos de financiamento para que o setor urbano financie, ao menos parcialmente, a extensão da cobertura para o campo (**Brasil**), ou o Estado e o Seguro Social financiem dita cobertura (México). Cabe aqui mencionar que o **Brasil** também se utilizou do segundo mecanismo de financiamento, combinado com o primeiro, para ampliar sua cobertura rural do Seguro Social. Na Colombia e na Venezuela a cobertura do Seguro Social é substancialmente inferior ao setor urbano-formal, indicando que estes países -especialmente o segundo, com recursos relativamente abundantes- podem fazer um esforço maior para ampliar a cobertura. Apenas em dois países - **Brasil** e Uruguai - a cobertura ultrapassa a soma dos setores urbano-formal e rural-moderno, o que dá uma demonstração dos impedimentos para estender a cobertura aos setores urbano-informal e rural-tradicional. Nestes encontram-se os trabalhadores por conta própria e sem remuneração para um familiar, os que são típicamente sub-empregados e têm baixos rendimentos, pelo qual dificilmente podem autofinanciar sua cobertura. (CEPAL,1992)

O custo de universalizar a cobertura

Ao projetar o incremento dos gastos do Seguro Social, excluindo a assistencia social, como percentual do PIB caso se cobrisse toda a população com o custo per cápita atual, verifica-se que seis países da América Latina poderiam atingir a universalidade com um percentual relativamente baixo do PIB: Jamaica (0.5$); Bahamas (0.8%), Barbados (1.2%), Venezuela (2.9%), México e Brasil (5.4%) (CEPAL,1992).

Outro grupo de países apresentam percentuais projetados mais altos, embora já se aproximem da cobertura universal, como o Uruguai (11.8%), a Argentina (15,1%) e o Chile (16,3%). Estes três países, no entanto, assim como a Costa Rica, já possuem programas de Seguro Social (ou Saúde

Pública) que protegem aos não segurados (os "desprotegidos"), o que poderia exagerar o custo projetado da universalização.

Em alguns países menos desenvolvidos esse percentual extrapolado seria intolerável econômicamente: Equador (39,4%), Nicaragua (25,3%), El Salvador (21%), Colombia (18,4%) e Perú (15,7%). A universalização da cobertura nesses países não poderia ser alcançada com os atuais níveis de prestação de benefícios e gastos administrativos, já que a carga financeira seria insuportável, como ocorreu com a maioria dos países do grupo alto.

7.4 - Os regimes de financiamento

Existem três regimes de financiamento: o de capitalização completa ("prêmio"médio uniforme); o de capitalização parcial ("prêmio"médio escalonado) e o de repartição (de capitais, de cobertura ou simples).

Os programas de risco a curto prazo (doença-maternidade, benefícios familiares e desemprego) geralmente utilizam o regime de repartição; enquanto que os programas a longo prazo (aposentadorías de velhice, invalidez, morte e riscos profissionais) podem usar um dos três métodos.

Ao final da década de 80 os países que utilizavam o regime de repartição simples eram a Argentina, o **Brasil**, a Colômbia, Cuba e Uruguai. A Costa Rica utilizava esse regime apenas para os funcionários públicos. Aqueles que utilizavam o regime de capitalização parcial ("prêmio" escalonado) eram Bahamas; Barbados; Colômbia (para o regime geral), Costa Rica,Equador e México (pela legislação, estes países são regidos pelo de capitalização completa ou "prêmio" médio uniforme); Guatemala;, Jamaica e Perú.

Apenas um país, o Chile, em seu programa de aposentadorias estabelecido em 1981, passou a ter um regime de capitalização completa de caráter privado; no entanto, o programa de aposentadorias antigo continua com o regime de repartição, sofrendo déficits enormes e crescentes, devidamente bancados por recursos fiscais do Tesouro ([6]).

As tendências opostas de crise e regimes de repartição por um lado, e introdução de programas novos ou complementares com capitalização completa por outra, provavelmente continuarão a coexistir até o final desta década de 90.

A maioria dos Sistemas de Aposentadorias e Pensões em operação na América Latina são de repartição, sustentados por um princípio de solidariedade inter-gerações. A programação atuarial de receitas e gastos inclui tanto períodos superavitários como deficitários, ou mesmo "em equilíbrio". A existência de períodos deficitários não necessariamente implica que o Sistema seja inadequado desde o ponto de vista financeiro, já que as contribuições e benefícios vigentes podem gerar resultados superavitários em outros períodos. Se isto não acontece, a operação do Sistema demanda constantes modificações das contribuições e/ou benefícios.

Na América Latina os contribuintes para o seguro social são os segurados, os empregadores e, em alguns países o Estado. De modo geral o percentual de contribuição do empregador é mais alto que o do segurado, - com exceção do Chile, onde o empregador não contribui desde 1981 - com uma proporção média de 2.6 para 1. O percentual das contribuições pagas pelos trabalhadores por conta

própria é igual à soma dos percentuais que pagam os assalariados e os empregadores. Isto pode explicar, em parte, porque é tão difícil estender a cobertura a esse grupo. Em cinco países a contribuição estatal se estabelece como percentual do salário e é menor (salvo em um caso) que o percentual pago pelo segurado (até 1986, no México, o Estado contribuia, mas sua parte se transferiu para o empregador). Em outros países o Estado paga todos os custos ou cobre parte do déficit, através de impostos gerais e/ou especiais, e/ou outorga outros subsídios ([7]).

Uma comparação da distribuição percentual da receita da seguridade social entre 1974 e 1980 mostra que a contribuição do segurado aumentou em 15 países e a do empregador em 10 países, enquanto que a do Estado se reduziu em 13 países. A contribuição média dos segurados, bem como a do Estado, tendem a aumentar na década dos oitenta; enquanto que a do empregador, que desaparece no Chile, tende a se estabilizar em alguns países e diminui em outros ([8]).

Em práticamente todos os países o percentual de contribuição do segurado está limitado por um teto, o que diminui substancialmente a carga das camadas de mais alta renda. De acordo com a literatura, a contribuição do empregador pode ser paga por ele mesmo ou ser transferida: para "trás", quando ela é paga pelo segurado; ou para "frente", quando é repassada para os preços e portanto paga pelo consumidor.

Por outro lado, a contribuição estatal é financiada por impostos, os quais são, na maioria dos casos, de natureza regressiva. Dessa forma, verifica-se, em 1980, que o Estado e os empregadores pagaram juntos mais de 60% da receita total do seguro social, enquanto que o segurado pagou em torno de 33%, o que indica que o **consumidor arcou com uma carga mais pesada** de contribuição do que o próprio segurado ([9]). Naqueles países onde se obteve uma cobertura universal (ou próximo a ela), essa situação é menos importante. Mas naqueles países onde apenas uma pequena proporção da população está protegida (situação da maioria dos países latinoamericanos, como veremos adiante), aumenta a regressividade da estrutura de financiamento.

A baixa proporção de assalariados na força de trabalho constitui, portanto, uma barreira à extensão do seguro social nos países menos desenvolvidos. A ausencia de contribuição do empregador força ao trabalhador por conta própria a pagar uma contribuição mais alta. O baixo nível de renda da maioria dos integrantes deste grupo e seu complexo controle tornam difícil sua cobertura. Em alguns países da região se tentou romper essa barreira estrutural através de novas formas de financiamento. São citados como exemplos ([10]) o Brasil, com o programa FUNRURAL, que foi financiado por um imposto pago pelos empregadores urbanos e um imposto sobre a produção agrícola; e o México, com o programa COPLAMAR, absorvido pelo IMSS (Instituto Mexicano de Seguridade Social), financiado com recursos do governo federal (60%) e do IMSS (40%). A crise da década de oitenta, no entanto, reduziu a contribuição do governo federal mexicano, e o programa ficou estancado. Já no Brasil (conforme será visto na segunda parte desta tese), os benefícios rurais foram equalizados aos urbanos nos anos 80, sendo incorporados ao regime geral de financiamento da Previdência Social, a qual passou a diversificar suas fontes de financiamento.

No que diz respeito especificamente ao seguro social de doença-maternidade, sua receita tem crescido abaixo do crescimento do gasto, o que provoca um déficit financeiro na maioria dos países.

Por exemplo, no México nos primeiros 40 anos de funcionamento desse programa (1943-1983) houve déficit em 37 anos. No Perú, durante os 11 anos a década 1975-1985, houve déficit em 9 anos, gerando-se um déficit cumulativo de US$162 milhões, com uma média anual do déficit como percentual da receita de 14%. Na Costa Rica, no período 1977-1981, o déficit cumulativo foi de US$44 milhões; no Uruguai esse déficit foi de US$17 milhões entre 1982-1986; e na Colombia, entre 1980-1985, o déficit cumulativo foi de US$13 milhões ([11]).

Várias razões são apresentadas para explicar o déficit pelo lado da receita. A primeira delas seria a de que a contribuição para a parte do seguro referente ao programa de doença-maternidade é insuficiente para cobrir os gastos. Por exemplo, no México se estimou que a contribuição total para esse programa no IMSS(Instituto Mexicano de Seguridade Social) teria que aumentar de 6% para 10% para equilibrar o orçamento até o final da década de noventa; isto sem amortizar os empréstimos do fundo de aposentadorias, sem o que a contribuição total deveria ser de 13%. Em alguns países a contribuição em vigor já é muito alta, como a Costa Rica, com 16%, pelo qual se torna difícil sua elevação ([12]).

Outro problema é que a receita arrecadada - com a contribuição em vigor - é menor que o ingresso potencial. O salário que se usa como base de incidência frequentemente é o mínimo e exclui contribuições adicionais, as quais em alguns países poderiam ser substanciais. Além disso, é uma prática comum que o empregador declare um salário abaixo do salário realmente pago. Na Costa Rica, o sistema de faturas preparado de antemão pelo seguro social com base no salário regular usualmente subestima o salário real. O teto para as contribuições também reduz significativamente a receita potencial do referido programa ([13]).

O problema da evasão também é destacado como uma das causas da redução de receita. A evasão pode ocorrer por diferentes causas (muitas vezes associadas). A ausência ou insuficiência do registro, controle e fiscalização dos segurados e empregadores é uma delas. O processo de informalização do mercado de trabalho, que se agrava na última década, também provoca evasão, dado que os empregadores e trabalhadores do chamado setor informal ou não estão cobertos ou não se registram no seguro social, não havendo, portanto, contribuição. As altas taxas de inflação incentivam que os empregadores retardem não apenas o pagamento de suas contribuições como também aquelas retidas para seus trabalhadores. A multa por mora, aonde existe, associada aos juros pelo total devido, pode ser inferior à taxa de inflação, pelo que a mora patronal se converte em um negócio lucrativo. Em 1981 se estimou que em alguns países latinoamericanos, os níveis de evasão poderiam elevar-se a mais de 20% do montante que deveria ser arrecadado por esse conceito; mas a crise atual parece haver incrementado dito percentual. Em 1985 a mora dos empregadores privados na Colombia foi a US135 milhões; no Perú se calculava que 65% dos empregadores ou evadia totalmente as suas obrigações ou estava em mora; e na República Dominicana a evasão era estimada entre 30 e 35% ([14]).

Em vários países da América Latina o Estado incorreu em "dívida" substancial com o seguro social, não apenas por deixar de pagar sua contribuição tripartita como também por não pagar sua contribuição como empregador ou não transferir as arrecadações por impostos específicos para o

seguro social ou violar o acordo de reembolsar o seguro social pelos custos na prestação de serviços de saúde aos "indigentes".

Uma das soluções mais comuns para combater os crescentes déficits do seguro social no tocante ao programa doença-maternidade, a curto e médio prazo, tem sido o repasse de recursos do fundo de reserva do programa de aposentadorias, sobretudo nos países onde tal programa se introduziu tardiamente. Essa alternativa tem provocado polêmica. Alguns a consideram incorreta alegando as consequências negativas, a longo prazo, para os aposentados e pensionistas. Outros argumentam que sem essas transferências alguns países teriam sido incapazes de alcançar a meta prioritaria da cobertura universal da saúde. Além disso, as reservas do fundo de aposentadorias e pensões poderiam ser utilizadas (como de fato o foram em muitos países) em outras formas igualmente de baixo rendimento do ponto de vista financeiro, além de socialmente menos desejáveis, dando como resultado uma crise financeira similar.

Por outro lado, tem sido muito debatida a alternativa de substituir o sistema de contribuição sobre folha de salários por um imposto "neutro" do ponto de vista dos efeitos sobre o emprego, competitividade, etc. Aqui também persiste uma controvérsia sobre qual o tipo de imposto que devería ser utilizado e sobre a viabilidade de um sistema impositivo como substitutivo da contribuição salarial em muitos países da região. Zschock ([15]) mantém a posição de que naqueles países menos desenvolvidos, com escassa dotação de recursos, a mudança para um imposto geral não seria realista; portanto, esses países deveriam conservar uma variedade de fontes financeiras. Outros recomendam cautela na substituição da contribuição salarial por um imposto sobre o valor agregado (IVA) naqueles países com imperfeições no sistema fiscal e falta de avaliação sobre o resultado de dito imposto ([16]). Kornevall ([17]) em seu estudo sobre o Chile e Venezuela, demonstrou que o imposto sobre o valor agregado não acrescentaria custo para o segurado, o empregador ou o Estado, e teria efeitos positivos sobre o emprego, a produção, a produtividade e a distribuição. Pelo contrário, Castro ([18]) sugeriu efeitos negativos do IVA como a inflação e a redução do ingresso real. Tamburi ([19]) tem questionado a eficácia do IVA, e apontado que requeriria importante incremento nos níveis impositivos e que poderia ocasionar outros efeitos secundários não desejáveis. Wilson ([20]) tem refutado várias dessas críticas e concluído, com base em um estudo sobre o México, que as vantagens do IVA são maiores tendo em vista as deficiências do sistema de contribuição salarial. Verifica-se que essa controvérsia existe desde o final dos anos 70 e ainda não há consenso sobre a mesma.

Outra questão em debate tem sido a proposta (frequentemente feita pelos organismos de financiamento internacional) de pagamento de parte dos custos dos serviços de saúde pelos usuários. Um sério problema contra a cobrança de uma quota é que esta discriminaria os usuários de baixa renda ([21]). Alguns alegam que isto poderia evitar-se eximindo do pagamento ou cobrando menos aos que estivessem abaixo de certo nível de renda. Esta alternativa também tem sido criticada porque complicaria o sistema de quotas aos usuários ao ter que dar provas de renda e estabelecer tarifas diferenciadas. Outro enfoque não discrimina as quotas no que diz respeito à renda do usuário mas sim quanto ao tipo de serviço suscetível de pagamento ([22]). Existe ainda a proposta de dar liberdade

ao segurado de optar por serviços fora do seguro reembolsando-o por uma parte, alegando-se que na prática o segurado pagaria uma quota a mais por um serviço de qualidade "superior" ([23]).

Finalmente se propõe uma maior ajuda externa para os países menos desenvolvidos, desde que dita ajuda não substituisse os recursos nacionais e de que fossem buscadas formas mais eficientes para vinculá-la ao objetivo da universalização da cobertura ([24]).

Em alguns países, o Estado resgatou temporalmente o seguro de doença, cobrindo o déficit. No entanto, isto às vezes ocorreu sacrificando os recursos para a atenção à saúde dirigida aos não segurados. A crise econômica atual dificulta cada vez mais esta alternativa, ficando a **redução do gasto** como a saída empregada por muitos países.

As propostas de redução dos gastos com a atenção à saúde estão dirigidas, por um lado, às mudanças no tipo de assistência prestada: da assistência médica-curativa para a preventiva; de serviços médico-hospitalares intensivos de capital para atenção primária de saúde; de hospitais para ambulatórios e postos de saúde (combinados com os necessários serviços mínimos de referência e auxiliares) e de pessoal médico para "paramédico". Outra forma de cortar gastos seria produzir medicamentos no país e utilizar medicamentos genéricos e um petitorio básico (como algumas experiências já existentes de desenvolvimento de laboratórios farmacêuticos em vários países da região). Para reduzir os custos também se sugeriu a compra de produtos no atacado através de um sistema ágil de abastecimento público e o estabelecimento de serviços de engenharia, construção e manutenção ([25]).

Outras propostas vão na direção do corte do gasto administrativo e com pessoal. Os benefícios considerados de "luxo" no seguro de doença deveriam ser eliminados, além de revistas as condições de sua aquisição. Também se propõe que os auxílios-doença, baseados no pagamento de 100% do salário, deveriam ser reduzidos para evitar "abusos". Tanto o seguro social como o ministério da saúde devem aumentar o percentual de ocupação hospitalar e diminuir o tempo de permanência a níveis mais "razoáveis"; isto reduziría a necessidade de ampliar instalações pelo menos "por um tempo"; os recursos "disponíveis" poderiam ser investidos na melhoria dos serviços existentes ([26]).

Nos países que utilizam o sistema indireto de provisão de serviços de saúde coloca-se como necessário introduzir, ou reforçar, controles para evitar a prestação de serviços desnecessários e o sobre-faturamento ou o faturamento de serviços não proporcionados ([27]).

A chamada "auto-ajuda comunitária" é também colocada como uma forma efetiva de redução de custos em vários países, no que diz respeito à construção de edifícios, imunizações, controle de doenças contagiosas, desenvolvimento de instalações sanitárias e educação para a saúde ([28]). Mas também tem sido objeto de crítica por certos organismos internacionais o mau uso que se tem feito dos programas comunitários ([29]).

Em um estudo de políticas do Banco Mundial ([30]) são propostas quatro políticas para o financiamento da saúde dos países "em desenvolvimento". A primeira delas, ao propor a cobrança ao usuário do serviço **público** de saúde, introduz a privatização seletiva no interior do próprio setor público. Esta proposta supostamente provocaria um "aumento dos recursos fiscais disponíveis" e "maior eficiência do setor oficial"([31]). A segunda indica que os governos devem fomentar

programas de seguros de saúde, a fim de "ajudar a mobilizar recursos para o setor de saúde e simultâneamente proteger as famílias de perdas financeiras volumosas". A terceira política diz respeito à "utilização eficaz" dos recursos privados, permitindo, a princípio, que o governo concentre seus recursos em programas "que beneficiem a comunidade em sua totalidade" em lugar das pessoas. E finalmente a quarta política propõe a "descentralização dos serviços públicos de saúde", descentralizando o planejamento, o orçamento e as compras; e fazendo com que a receita seja arrecadada e retida o mais próximo possível do local do serviço ([32]).

Nesta última proposta há um ponto que merece ser destacado em função da forma como as descentralizações vêm se processando em países latinoamericanos, deixando estados e municípios mais pobres entregues à própria sorte. O mesmo documento do Banco Mundial afirma que a descentralização e o maior controle financeiro "não significam de nenhuma maneira a total independência financeira de cada serviço. Os estabelecimentos do governo que proporcionam serviços curativos e preventivos integrados **nas zonas rurais e aos pobres das zonas urbanas continuarão necessitando o apoio do governo central**"([33]).

Estudos sobre os Sistemas de Seguridade Social na América Latina ([34]) destacam sete fatores que contribuiram para a geração de desequilíbrios financeiros nos sistemas previdenciários de repartição na América Latina:

1) Modificações na estrutura demográfica da população coberta pelo Sistema, já que ela incide sobre a relação entre a população contribuinte e a beneficiária. Na América Latina é de especial importância a forma em que se manifestam os efeitos da transição demográfica sobre a estrutura por idades da população.

2) Efeitos do ciclo econômico sobre a estrutura do mercado de trabalho e, portanto, sobre os potenciais contribuintes. As oscilações do ciclo econômico afetam tanto o nível de renda dos trabalhadores como a composição da força de trabalho entre ocupados e desocupados, bem como entre ocupados contribuintes e não contribuintes. A partir da prolongada crise econômica que afetou a região, observou-se importantes aumentos do chamado emprego informal; surgimento de pequenas empresas como alternativa do emprego formal; e flutuações significativas nas taxas de desemprego e nos salários ; fatores que contribuiram para reduzir o nível de contribuição e a própria cobertura dos sistemas previdenciarios.

3) Financiamento dos déficits fiscais. Diversos estudos mostram que a prática de utilizar os excedentes financeiros do sistema para propósitos de financiamento do déficit fiscal implicou em que as reservas das Instituições Previdenciárias estejam constituídas principalmente por títulos públicos, cujo valor de mercado é muitas vezes de difícil determinação.

4) Desvio de fundos. Associado ao anterior, em diversos países os fundos dos sistemas previdenciários têm sido utilizados para financiar outros sistemas de proteção. Aqui são citados com maior frequência os sistemas de saúde, assistência social e as previdências dos funcionários públicos.

5) Existência de Fundos com propósitos híbridos e, portanto, pouco claros. Alguns sistemas misturam fundos de previdência com, por exemplo, fundos trabalhistas orientados a outorgar seguros-desemprego e estabilidade no emprego.

6) Evasão. O sistema de repartição define os benefícios sobre a base dos rendimentos recebidos nos últimos anos de vida ativa. Em alguns sistemas, os contribuintes se vêm "estimulados", durante os longos períodos em que contribuem e acumulam somente antiguidade, a subdeclarar rendimentos, o qual "distorce" a capacidade real de captação desse sistema. No caso do Brasil, os assalariados são descontados em folha, reduzindo as chances desse tipo de evasão; esta última provém básicamente das empresas, dos empregadores e dos autônomos.

7) Precariedade dos Mercados de Capitais. Isto impede a otimização do investimento dos excedentes potenciais do Sistema, condenando-os à erosão nos períodos de altas pressões inflacionárias.

A fim de aumentar a receita, reduzir o desequilíbrio atuarial e financeiro e promover um melhor equilíbrio entre a divisão de recursos entre o seguro social e a saúde, são feitas as seguintes recomendações ([35]):

- incrementar as contribuições naqueles países que não possuam uma contribuição salarial muito alta;

- informatizar o registro, as cobranças, a conta individual e a lista atualizada dos devedores;

- introduzir identificação única de contribuintes (tanto de empregados como de empregadores) e seus dependentes, não apenas para a seguridade social como também para efeitos tributários, eleitorais, etc.;

- reforçar a fiscalização e a execução de cobranças, fixando taxas de juros e multa superiores à inflação e os juros bancários, aplicando a pena de prisão dos devedores quando proceda;

- negociar com o Estado o pagamento de suas dívidas com base a bônus indexáveis à inflação, convênios de pagamento com equipamento importado e outros meios para evitar a desvalorização da dívida, bem como fixar um aporte estatal futuro que seja economicamente viável;

- melhorar a eficiência do investimento, reduzindo ao mínimo os fundos em efetivo, em circulação e ativos fixos, diversificando o portfolio, investindo em instrumentos com rendimentos mais altos e a longo prazo, indexando os juros com a inflação; entre outras recomendações.

7.5 - As propostas de reforma

Além das recomendações acima, a CEPAL ([36]) propõe diretrizes de reforma, a partir de determinado diagnóstico, o qual, em síntese, é o seguinte: os países latinoamericanos mais desenvolvidos atingiram a universalidade na cobertura populacional, ou se aproximaram dela, mas a um custo muito alto e, em muitos casos, sem ter logrado corrigir as desigualdades na cobertura, financiamento e benefícios, nem melhorar a eficiência administrativa. Além disso, esses países sofreram, ou sofrem atualmente, graves desequilíbrios atuariais e financeiros e o Estado já não é capaz de subsidiar seu déficit, sobretudo sob a prolongada e séria crise econômica.

Dessa forma, a partir desse diagnóstico, o objetivo principal das reformas nos países do grupo alto seria o de colocar o sistema sobre uma base financeira sólida. Mas como esses países já possuem uma carga muito pesada em termos do percentual global de contribuição (entre 29% e 58%, exceto Cuba) e dos subsídios estatais (49% do custo total no Chile e 56% em Cuba), para lograr o

equilíbrio financeiro quase todos eles teriam que reduzir seus gastos em lugar de aumentar as contribuições, ainda que deveriam melhorar o controle da evasão. No caso de Cuba se propõe o estabelecimento de uma contribuição do segurado (que hoje não paga), enquanto que no caso do Chile se coloca uma contribuição dos empregadores, hoje isentos, e dos segurados, para aliviar a carga excessiva do Estado em subsidiar o déficit do sistema antigo, a assistência social e outros benefícios como os familiares e os de desemprego.

No caso das aposentadorias, responsáveis nesses países pela maior parcela do gasto, as propostas vão na direção de eliminar as aposentadorias antecipadas e por tempo de serviço; aumentar a idade para aquisição do direito igualando-a para ambos os sexos; ajustar as aposentadorias ao índice de salários em lugar do da inflação; restringir o número de familiares dependentes; eliminar as aposentadorias privilegiadas, etc. Ou seja, propostas que se limitam a restringir o gasto e a cortar benefícios, sem levar em consideração formas alternativas, por exemplo, de diversificação das bases de financiamento do sistema, e de diminuição da regressividade do mesmo.

Naqueles países com pior situação financeira, a solução proposta é a do estabelecimento de uma pensão universal básica (talvez condicionada a um comprovante de rendimentos!), combinada com uma aposentadoria suplementar estreitamente relacionada com a contribuição. Esta última poderia ser administrada por organizações privadas ou públicas.

Existem, básicamente, três conjuntos de **alternativas para as reformas dos sistemas previdenciários latinoamericanos** ([37]). Um primeiro conjunto diz respeito à introdução de melhorias no esquema de repartição, encaminhadas para a correção dos vícios "tradicionais". Um segundo, se refere ao estabelecimento de um Sistema de Capitalização; e um terceiro conjunto propõe a instauração de algum tipo de Regime Misto.

As propostas destinadas a aperfeiçoar o Sistema de Repartição destacam a importância de conseguir uma boa programação atuarial de receitas e gastos. Esta exige que os Fundos de Reserva sejam destinados apenas aos fins estipulados originalmente e deve garantir um fluxo contínuo e previsível de receitas. Foram formuladas, para este ponto, as seguintes recomendações:

i) Criação de incentivos e mecanismos para ampliar a cobertura do Sistema que levem em consideração que na América Latina um alto percentual da força de trabalho é composta de não assalariados; por pessoas que trabalham por conta própria, às vezes apenas ocasionalmente, e outras com jornadas parciais; e que estas geralmente não possuem relações formais de contrato.

ii) Redução da evasão através do estabelecimento de um sistema de sanções ao trabalhador e/ou empresa em situação de débito.

iii) Proibição legal do uso dos Fundos de Reserva para propósitos alheios aos da Previdência.

iv) Melhoria da administração do sistema, mediante a abertura à participação do **setor privado.**

v) Implantação de mecanismos que evitem a erosão inflacionária dos Fundos de Reserva, mediante indexação dos ativos financeiros do sistema ou a introdução de instrumentos financeiros sujeitos a um regime de taxas flutuantes de juros.

vi) Mecanismos transparentes de programação atuarial, que permitam visualizar as modificações requeridas nas taxas de contribuição e nos benefícios, no sentido de corrigir eventuais desequilíbrios financeiros.

vii) Fomento da unificação e homogeinização da multiplicidade de regimes existentes.

Com relação ao estabelecimento de um Sistema de Capitalização, este é considerado parte de um processo mais amplo de modernização, chamado a incentivar a criação de condições para fortalecimento e expansão do mercado de capitais, ao incorporar uma fonte significativa da poupança, cuja descentralização (manejo descentralizado) contribuiría para torná-lo mais competitivo. Se espera que também dê estímulos para o desenvolvimento paralelo de um "Mercado de Seguros". A colocação em prática desse novo sistema exigiria:

i) Adequada estabilidade macroeconômica, ou, na sua ausência, a existência de mecanismos financeiros que neutralizem os efeitos da inflação sobre a capitalização dos fundos individuais ou coletivos de previdÊncia, no contexto de um processo de definição de rendimentos através do **mercado**.

ii) Vontade política de assumir o déficit criado pela descontinuidade do regime anterior. Para não financiar esse déficit através do endividamento com o novo sistema, haveria que recorrer a um **subsídio temporal**, **adequando as finanças públicas, reduzindo gastos ou aumentando impostos**, até cobrir a "brecha".

iii) Se considera necessária, por outro lado, a criação de uma "Superintendência de Fundos de Pensões" que supervisione de forma "técnica e autônoma" a administração pública ou privada dos fundos. As normas devem ser claras, de modo a facilitar a "autorregulação" e a "transparência", e evitar a "burocratização " e "discricionaridade" por parte do "ente supervisor".

iv) O manejo dos fundos deve privilegiar a diversificação da carteira em instrumentos de baixo risco, assim como a desconcentração (através da regulação das compras de instrumentos financeiros) do poder econômico nas diversas associações de fundos de pensões. A ampliação das oportunidades de investimento dos fundos de previdência demanda, por sua vez, o desenho de mecanismos para a abertura do mercado de capitais.

v) Se requer, adicionalmente, arbitrar medidas para que o Sistema não seja" discriminatório" e aumente sua cobertura., o que exige identificar as causas pelas quais alguns segmentos do Mercado de Trabalho permanecem "marginalizados".

Finalmente, no que diz respeito à instauração de um Sistema Misto, os estudos de caso sugerem, a escala individual, alternativas substitutas antes que complementares. No entanto, pela **natureza social do problema da Previdência** e pela existência de grandes segmentos da população cuja realidade econômica lhes impede o acesso a um regime de capitalização, se considera preferível recomendar o estabelecimento de um **regime misto**. O esquema obrigatório, destinado a outorgar **benefícios previdenciários básicos**, se complementaria com um sistema voluntário de capitalização, orientado a conceder benefícios adicionais de acordo com a quantia das contribuições individuais.

NOTAS

(1) OIT,1967
(2) MESA-LAGO,1985
(3) CEPAL,1991
(4) id.ibid.
(5) CEPAL,1992
(6) ver Chile no item 7.1 deste Capítulo
(7) ver MESA-LAGO,1989
(8) é o que evidencia a maioria dos estudos de países latinoamericanos feito mais adiante no item 7.
(9) ver MESA-LAGO,op.cit.
(10) por MESA-LAGO,op.cit.,p.24,25
(11) ibid.p.25
(12) ibid,p.26
(13) ibid,p.26
(14) id.ibid.
(15) 1979,in ibid,p.58
(16) Moles,1985,in ibid,p.58
(17) 1977,in ibid,p.58
(18) 1982,in ibid,p.58
(19) 1981,in ibid,p.58
(20) 1986,in ibid,p.58
(21) AISS,1982; in ibid p.58
(22) De Perranti,1986,in ibid,p.58
(23) Tamburi,1985,in ibid,p.58
(24) Mesa-Lago,op.cit.,p.58
(25) ibid.p.59
(26) id.ibid.
(27) OIT/PNUD,1981; Rezende e outros,1982; McGreevey e outros,1984; in ibid p.59
(28) Kadt,1982,in ibid p.59
(29) Ugalde,1985,in ibid p.59
(30) BANCO MUNDIAL,1990
(31) ibid,p.4
(32) ibid,p.5
(33) ibid,p.5-6; o grifo é nosso.
(34) ARELLANO,1989
(35) CEPAL,1992
(36) CEPAL,1991
(37) CEPAL/PNUD,1991

CAPÍTULO I: AMÉRICA LATINA

8 - Experiências de Política Social na América Latina

8.1 - Chile: o exemplo pioneiro de reforma neoliberal

Literalmente por força das transformações políticas ocorridas a partir do golpe de 1973, o Chile sofreu transformações sociais e econômicas que redundaram num processo de reforma do Estado, e consequentemente das políticas públicas e sociais. Essas reformas se alastraram posteriormente, sob diversas modalidades, a vários países latinoamericanos, tornando o Chile um país "pioneiro" do ponto de vista das mudanças nas políticas econômica e social, que mais tarde se consubstanciaram no chamado "Consenso de Washington".

Sendo o Chile considerado um caso "exemplar", cabe aqui apresentar a concepção de política social que norteou as propostas e as mudanças efetuadas no período ditatorial. Tomamos como base o estudo feito por RACZYNSKI (1983) de diversos documentos governamentais, através do qual ela identifica cinco elementos definitórios da política social chilena:

1) A política social é demarcada por uma concepção de "Estado subsidiário", sob a qual o Estado

"... assume apenas aquelas responsabilidades que os particulares ou sociedades intermediárias não estão em condições de cumprir, ditando normas gerais que não discriminem entre indvíduos, grupos e setores da vida nacional... se outorga aos indivíduos e organizações intermediárias da sociedade uma ampla liberdade de ação, garantindo o direito à livre opção e à livre iniciativa" ([1]).

"É na possibilidade de ter um âmbito de vida e atividade própria, independentemente do Estado e apenas submetido ao controle superior do mesmo desde o ângulo do bem comum, onde reside a fonte de uma vida social em que a liberdade ofereça à criação e ao esforço pessoal uma margem de alternativas e variedade suficientes. O estatismo gera, em câmbio, uma sociedade cinzenta, uniforme, submetida e sem horizontes" ([2]).

Coerente com este princípio de subsidiariedade, corresponde repassar ao mercado (aos particulares) o máximo das decisões com respeito à alocação de recursos.

"Para evitar as contradições do antigo sistema se confere ao Estado um papel subsidiário, concentrando sua ação no resguardo do bem geral através de normas gerais e impessoais e a realização direta daquelas atividades que por seu caráter social ou estratégico não podem ser entregues aos particulares, tais como Segurança Nacional, Administração da Justiça e implementação da Política Social em favor dos mais desvalidos" ([3]).

2) A política social, e em um nível mais geral o desenvolvimento social, se distingue da política econômica. Se reconhece a interdependência entre ambas e a necessidade de uma adequada relação entre uma e outra, mas esta adequação claramente "subordina o social ao econômico". Isto se depreende tanto das declarações como da ênfase no necessário crescimento da economia, delegando a um plano secundário os aspectos distributivos.

"...a política global de governo vem se apresentando em um processo de compatibilização do desenvolvimento político com o desenvolvimento social e econômico. Para tal se estabeleceram dois períodos: uma primeira etapa de normalização do país, na qual se procedeu a reestruturar paulatinamente as funções do Estado, a economia, o aparato judicial, a fim de lograr uma Harmonia social. Superada esta etapa..., se entrou no período de modernização do Chile, estabelecendo-se sete grandes objetivos para este período de modernização, eixo da nova institucionalidade social" (4).

As chamadas "sete modernizações" eram o Plano Trabalhista("Laboral"), a Reforma Previdenciária, a Diretiva Presidencial sobre Educação, a Reestruturação da Saúde, a modernização do Setor de Justiça, o Reordenamento Agrícola fundado na propriedade privada, e a Reforma Administrativa e Regionalização.

3) A política social tem como objetivo primordial criar igualdade de oportunidades, o que concretamente se expressa na "erradicação da extrema pobreza", isto é, assegurar um nível mínimo de satisfação de necessidades básicas de habitação, alimentação e educação.

Ao Estado subsidiário no campo social lhe correspondem as "funções distributivas tendentes todas a criar igualdade de oportunidades e a resolver situações de extrema pobreza"(5).

O primero objetivo no social é "erradicar a extrema pobreza como forma de garantir uma maior igualdade de oportunidades a todos e a cada um dos chilenos. Daí que todos os programas em saúde, educação, assistencia social, nutrição, habitação, etc. busquem incorporar aos setores sociais antes marginalizados dos benefícios do crescimento"(6).

Na prática, esta concepção se traduziu em uma política social, em princípio, altamente seletiva, cujos beneficiários são os grupos considerados mais pobres da sociedade.

4) Ao princípio anterior, se agrega outro segundo o qual a política social, além de erradicar a extrema pobreza, que se interpreta como um lastro de administrações anteriores, teria um papel de corrigir as deficiências do funcionamento do modelo econômico, isto é, está destinada a compensar os custos sociais do modelo. Assim, corresponderia também ao Estado:

"...corrigir certos resultados da operatoria dos mercados, principalmente atuar para tornar mais equitativa a distribuição de renda. As ferramentas mais importantes para isto são os impostos e o gasto fiscal social" (7).

Este princípio se traduziu em um número crescente dos chamados programas de subsídios.

5) A política social básicamente se concebe ou se diz que deve traduzir-se em atividades de "investimento em capital humano".

"...a função distributiva do Estado é, em sua maior parte, investimento em capital humano; o que se traduz no presente em melhorar os níveis de renda dos mais carentes e, no futuro, dar-lhes as ferramentas para conseguir de forma permanente níveis de bem-estar superiores aos atuais." (8).

"O objetivo fundamental da política social é impulsionar o desenvolvimento da pessoa humana mediante o desdobramento de suas potencialidades, ajudando a criar condições objetivas de igualdade de oportunidades e propiciando a uma maior integração e participação social. Neste sentido se orientam as políticas de educação, capacitação, saúde e nutrição, além dos programas de atenção aos menores" (9).

Para levar à prática estes princípios, por um lado, se formulam e implementam programas sociais destinados a grupos específicos -os de extrema pobreza-, e, por outro, se propõe reestruturações organizacionais orientadas a estimular a participação do setor privado no social e a conseguir uma execução descentralizada dos programas sociais e uma administração privada dos programas públicos.

A revisão das discussões "públicas" (transmitidas através dos meios de comunicação de massa) em torno à política social feita por RACZYNSI (op.cit.), em um período específico (final dos anos 70 início dos 80), no Chile, indica que as controvérsias diziam respeito, de modo geral, às seguintes questões: o modelo econômico-político que se tenta implementar e suas consequencias sociais; as vantagens e inconvenientes do estatismo e do privatismo; a magnitude dos recursos alocados aos setores sociais, a alocação destes em distintos âmbitos e os mecanismos de alocação; mercado versus planificação; e a opção entre centralismo e descentralização. De resto, como confirma FRANCO ([10]), estes tópicos estão presentes nas controvérsias sobre os princípios fundamentais da política social a nível mundial.

A privatização crescente no **Chile** nos anos 80, provocou interrupção na universalização; uniformizou as principais condições de aquisição (excetuando as Forças Armadas); e estabeleceu um sistema novo de aposentadorias solvente, mas ao preço de um enorme incremento do déficit no sistema antigo, bancado por recursos fiscais do Estado.

Em trabalho de 1989, ARELLANO analisa a nova institucionalidade existente no **Sistema de Seguridade Chileno**. O sistema é obrigatório para todos os trabalhadores empregados e voluntário para os trabalhadores por conta própria e independentes. Em sua administração coexistem atualmente três tipos de entidades:

- as instituições fiscais ou semifiscais, geralmente chamadas Caixas de Seguro ("Cajas Previsionales"), as quais se refundiram no "Instituto de Normatización Previsional". Para este contribui um número reduzido e decrescente de trabalhadores ativos. No entanto essa entidade paga a maioria das aposentadorias, dos benefícios e dos subsídios familiares. Também é de caráter fiscal a FONASA, que financia a assistência médica para a maior parte da população;

- entidades sem fins lucrativos formadas por um grupo de emprêsas e originalmente administradas por um uma diretoria com representação dos empresários e dos trabalhadores. A filiação a essas entidades é decidida a nível da emprêsa. É o caso das "Cajas de Compensación de Asignación Familiar y Mutuales de Accidentes de Trabajo";

- sociedades anônimas que, depois da reforma de 1981, administram os Fundos de Aposentadorias ("Fondos de Pensiones -AFP") e a assistência médica (ISAPRES).

O Sistema de Seguridade chileno inclui os seguintes programas: Aposentadorías por velhice, invalidez e "sobrevivência", benefícios quantitativamente mais importantes; **programas de proteção à doença**, em segundo lugar de importância pelos recursos que demanda; e o programa de benefícios ("asignaciones") familiares, que outorga um benefício monetário mensal por pessoa da família que depende econômicamente do trabalhador. Além destes, existe um programa que proporciona **assistência médica**, licença e pensão por invalidez em situações de doenças ou sequelas originadas

em acidentes de trabalho; e um programa de seguro-desemprêgo, que atinge,comparativamente, um baixo desenvolvimento. Por outro lado, existem aqueles programas que concedem benefícios sem exigir contribuição prévia do beneficiário que são os chamados "programas com caráter de subsídio". Nestes se incluem as aposentadorías "assistenciais", o "subsídio familiar" e a assistência médica a indigentes.

A população trabalhadora que está protegida por esse sistema, graças a sua contribuição mensal, atinge a 2,6 milhões de pessoas, o que representa 56% da força de trabalho chilena. A esses trabalhadores se agregam suas famílias.

O total de recursos dedicados à Seguridade Social Chilena equivalia, em 1988, a 9,7% do PIB. Com relação ao **financiamento** dos seus programas, os recursos provêm das contribuições pagas pelo trabalhador para as aposentadorias e os auxílios doença, e pelo empregador para os acidentes de trabalho. A eles se agrega o aporte fiscal destinado aos programas com caráter de subsídios, bem como ao financiamento do benefício familiar ("asignación familiar"), do seguro-desemprêgo, e de parte dos programas de assistência médica e aposentadorias. No caso destas últimas, o financiamento com recursos fiscais é atualmente muito significativo em função da privatização do sistema de aposentadorias.

A Seguridade Social chilena se caracteriza por uma crescente "especialização" das instituições que administram seus programas. Estes se dividem entre aqueles que "substituem remunerações" (programas de aposentadorias, acidentes de trabalho e auxílios-doença), e aqueles de "ajuda", que correspondem às aposentadorias assistenciais, atenção de saúde aos "extremadamente" pobres, subsídios familiares, aposentadorias mínimas e subsídios de desemprego. A administração do primeiro grupo de programas foi confiada preferencialmente a instituições privadas, com e sem fins lucrativos, financiadas através das contribuições pagas por trabalhadores ou empregadores, segundo o caso. Já o segundo conjunto de programas foi deixado às instituições estatais, ou privadas "sem fins lucrativos", financiadas com recursos fiscais.

Essa forma de organização e financiamento reflete a orientação de que apenas os chamados "programas de ajuda" sirvam para o propósito de redistribuição da renda, evitando-se que o seu financiamento seja feito através de contribuições de trabalhadores e empresas (folha de salários), alegando-se seu caráter "regressivo e distorsionador" ([11]). Portanto, o objetivo dos programas "substituidores de remuneração" fica limitado à concessão de um determinado nível de renda aos trabalhadores (e suas famílias) quando perdem sua capacidade de trabalho por velhice, invalidez, doença ou morte. Fica claro o caráter contributivo destes benefícios, concedidos apenas para aqueles que puderam pagar por eles.

Outro argumento utilizado a favor do regime de capitalização é o de que esta forma de organização levaria a um "incremento da eficiência na administração dos diferentes benefícios e a uma adequada focalização do gasto público para aqueles grupos em estado de maior necessidade." (ibid). Em sentido contrário se reconhece que "a fragmentação em matéria de administração da seguridade social impede o aproveitamento de economias de escala e encarece a operação do sistema,

ainda que a experiência chilena e latinoamericana com sistemas centralizados e unificados parece desmentir esta hipótese." ([12]).

No caso chileno, a queda da receita de contribuições por conta da transferência rápida e massiva de trabalhadores para o novo sistema de previdência, se viu agravada, nos anos imediatamente posteriores à reforma (1982-1983), por uma deterioração do salário real e uma diminuição da frequencia de pagamento das contribuições. Isto foi consequencia, por sua vez, do aumento da taxa de desemprego e do marcado debilitamento da situação financeira das empresas, fruto da grave crise econômica desse período.

A reforma do sistema de aposentadorias também gerou, segundo IGLESIAS E ACUÑA (op.cit.), um aumento no fluxo de gastos fiscais pela modalidade escolhida para cancelar a dívida das Caixas de Aposentadoria com os filiados que se aposentavam logo que se efetuava a mudança para o novo sistema. O total desta dívida se cancela em um só pagamento no momento em que o trabalhador se aposenta, e não como um fluxo de aposentadorias.

Dessa forma, a diminuição da receita por contribuições e o pagamento de uma só vez dos "Bônus de Reconhecimento" dos trabalhadores que se aposentavam depois de sua mudança para o novo sistema, provocaram um aumento significativo do déficit previdenciário do setor público. Este déficit não leva em consideração outros gastos, tais como os pagamentos de aposentadorias mínimas e os pagamentos de aposentadorias assistenciais, já que estas não dependem do sistema de aposentadorias vigente e seu financiamento provem das receitas de impostos gerais do país.

O déficit previdenciário de caixa aumentou 270% entre 1981 e 1990. Grande parte deste crescimento se registrou em 1982, como consequencia da transferência massiva de contribuintes para as AFPs e da significativa deterioração na situação econômica do país. Em 1984 o déficit representou 3,4% do PIB, oscilando, nos anos seguintes, entre 3,3% e 3,8% ([13]).

A partir do final de 1985, os fundos de pensões são autorizados a investir em ações de algumas empresas privatizadas. Entre 1986 e 1988 o fluxo desses investimentos representou cerca de 13% do déficit previdenciário. Outra fonte de financiamento do déficit foram as vendas dos ativos das antigas caixas de aposentadorias. Mas, sem dúvida, a principal dessas fontes (reconhecida pelos mesmos autores) foi a redução dos gastos correntes (cujo montante, aliás, não é explicitado nesse estudo). Também é reconhecido que em nenhum ano o Fisco consegue cobrir o total de seu déficit previdenciário mediante endividamento ou venda de ativos, já que a contribuição desses mecanismos de financiamento nunca foi majoritária.

Como então o Fisco tem financiado a reforma no Chile? O mesmo estudo aponta que tem sido feito "importante esforço de poupança interna, que tem permitido orientar o investimento dos fundos de pensões para o financiamento de projetos do setor privado e aumentar a taxa global de poupança" ([14]).

A evolução estimada para esse déficit mostra um incremento real do mesmo até o ano 2000, apresentando uma queda mantida até o ano 2015, final do período de projeção. Supondo que o PIB crescesse a uma taxa média anual de 4% durante o período analisado, observa-se que o déficit atinge

um máximo de 3,4% do PIB no quinquênio 1990-1994, com tendência a diminuir posteriormente, chegando a 0,9% no ano 2015 ([15]).

A força de trabalho marginalizada de todo o sistema previdenciário está constituída, de forma majoritária, por trabalhadores independentes, bem como pelos denominados "familiares não remunerados" (4,1% da força de trabalho em dezembro de 1990), que não estão filiados porque não recebem ingressos monetários.

Outra explicação dada para a insuficiente cobertura do sistema durante parte da década dos 80 radica no caráter "massivo" dos programas de emprego de emergência para paliar o "explosivo aumento do desemprego aberto entre os anos de 1982 e 1986." No período analisado, o número de adscritos nesses programas esteve próximo dos 285 mil, o equivalente a 7% da força de trabalho ([16]).

A solução apontada para esse problema de cobertura passaria por uma "estrutura de incentivos", tais como a diminuição da taxa de contribuição, a propriedade individual das poupanças previdenciárias e a relação direta entre os aportes efetuados pelos filiados durante sua vida ativa e o valor da aposentadoria a que teriam direito. Para tal, o sistema de capitalização individual é considerado ideal, já que incorporaria todos esses elementos (mais adiante, veremos, por ex., que a taxa de contribuição **não** diminui em todo o período de funcionamento das AFP).

O problema portanto não seria do regime previdenciário; o principal problema estaria constituído pelos trabalhadores "independentes", já que apenas um pequeno percentual dos mesmos tem feito uso da "possibilidade" de incorporar-se de maneira "voluntária" ao sistema de AFP. As soluções para esse grupo são consideradas difíceis, já que não existem formas efetivas de obrigá-lo a pagar as contribuições necessárias. Se requereria, portanto, um sistema de incentivos que promovesse os pagamentos voluntários, mas com "controles suficientes" para evitar que trabalhadores assalariados não deixem de cumprir com suas próprias obrigações, simulando uma condição de "independente" ([17]).

Outro desafio considerado pendente é a melhoria da eficiência na arrecadação. O procedimento de pagamento das contribuições às AFP tem sido objeto de intensas controvérsias. A lei estabelece que o empregador deve reter as contribuições dos trabalhadores assalariados e aboná-las nas contas dos mesmos nas AFP. O que ocorre é que em algumas situações o empregador faz as retenções mas não efetua o pagamento correspondente. Nestes casos a lei estabelece que a dívida deverá ser paga com reajustes e juros penais. O órgão responsável pela fiscalização do cumprimento dessas obrigações é o Ministério do Trabalho.

Apesar de não existirem dados que permitam conhecer diretamente a magnitude desse problema, algumas estimativas foram feitas com base nos dados de filiados e contribuintes. No exercício correspondente ao período 1985-1990 o percentual de filiados que deveriam contribuir e não o fazem está em torno de 11%, proporção que mostra clara tendência de alta durante os últimos anos.

A solução para isso passaria, na opinião de IGLESIAS E ACUÑA (op.cit.), pela melhoria nos procedimentos de controle por parte da Direção do Trabalho e por maior eficiência na tramitação das

cobranças judiciais. Por outro lado, os autores reconhecem que a magnitude desse problema está **muito associada ao ciclo econômico**, eliminando, portanto, a nosso ver, uma "vantagem comparativa" do novo sistema com relação ao antigo, o qual era acusado de ser "pró-cíclico". Outra evidência é a de que o sistema privado depende do poder público para aumentar sua eficiência de funcionamento.

Quando comparados aos gastos de administração do regime antigo (8% das contribuições em 1980), os níveis de custo do novo regime parecem ainda menos auspiciosos: 19,3% em 1982 e 14,2% em 1990, sobre o total das contribuições mais as comissões cobradas pelas AFP. Tampouco os gastos do novo sistema chileno se apresentam como significativamente inferiores aos exibidos por outros países da América Latina com regimes previdenciários "centralizados": Argentina, Panamá e Costa Rica apresentam gastos com níveis inferiores a 7%; Uruguai e República Dominicana menos que 11%; enquanto que no México, Perú, Bolívia e Equador, o patamar supera os 15% ([18]).

A justificativa, utilizada para a substituição de um regime previdenciário "centralizado" por outro "privado e competitivo", de que este último seria mais eficiente na administração graças à competitividade entre as diversas entidades, com a consequente diminuição dos seus custos, parece não ser muito consensual entre os autores.

Alega-se, em primeiro lugar, que, no caso chileno, existirá por muitos anos uma estrutura "dual", devido à coexistência da institucionalidade do regime antigo e do novo. Em segundo lugar, se afirma que o novo sistema carrega maiores custos operacionais, principalmente devido aos seus elevados gastos comerciais. Estes, segundo alguns, não seriam socialmente necessários posto que a filiação é obrigatória, de tal forma que a "competição por filiados entre as AFP constituiria um jogo de soma zero a nível agregado" ([19]). Em contrapartida, esta última afirmação é questionada por dois motivos: a obrigatoriedade não seria absoluta (não o é apenas para os já filiados no regime antigo); e, nem todos os que devem cumprir com essa condição efetivamente o fazem ([20]).

Assim, em defesa do "esforço comercial competitivo" das AFPs, se alega que os trabalhadores independentes, que representam aproximadamente 30% da força de trabalho, decidem de forma voluntária seu ingresso ao novo sistema, justificando, assim, a ação comercial das AFP no sentido de "ajudar a criação de demanda." Um segundo efeito, considerado ainda mais importante, se daria através dos incentivos derivados dessa ação competitiva entre as AFPs para que os assalariados, já obrigados a contribuir, reconhecessem os benefícios da poupança previdenciária e a incrementassem voluntáriamente. "Em resumo, a experiência chilena sugere que os custos comerciais são um elemento importante para assegurar a competição entre instituições Administradoras de Fundos de Pensões. Ditos desembolsos servem não apenas para promover maior eficiência e melhor serviço, senão que também para criar demanda para a poupança individual de longo prazo" ([21]).

Com base em outro estudo ([22]), patrocinado pelo BID - Banco Interamericano de Desenvolvimento, sobre a Reforma do Sistema de Seguridade chileno, uma década após o seu início, gostaríamos de destacar, por um lado, aqueles aspectos divergentes da análise anterior, e por outro, aqueles que não foram contemplados na mesma.

Uma visão de clara defesa do sistema dá lugar a outra um pouco mais distanciada e crítica. Em primeiro lugar, a reforma em questão tem início, em 1981, em um contexto especial no Chile, tanto político como econômico. Foi impulsionada como uma das maiores modernizações de corte liberal (primeira e única na América Latina) e sua aprovação aconteceu sob os auspícios de um governo autoritário. Ao mesmo tempo, sua imposição coincidiu com a culminação do auge econômico que precedeu à grande recessão de 1982. O espírito da reforma fica evidente através das palavras do Ministro do Trabalho que a patrocinou, o qual estava convencido de que com a reforma se aplicava "um golpe mortal à politização da vida social e ao marxismo e, sobretudo, à pobreza e à injustiça" (23).

Dez anos depois, esse sentimento de euforia cede lugar para uma atitude mais pragmática. O novo sistema de aposentadorias de fato se instala na economia e na sociedade chilenas, com forte impacto econômico sem, no entanto, produzir grandes transformações sociais.

No que diz respeito à cobertura previdenciária, o número de filiados ao novo sistema se duplica desde 1981. No entanto, desse total, apenas parte - que oscila entre 60 e 70% - contribui regularmente para as AFPs, incrementando seu fundo de aposentadorias. Ao considerar-se apenas o total de **contribuintes das AFPs,** constata-se que a cobertura do sistema se reduziu de 70% do total de ocupados a algo entre 60 e 65%, apesar do crescimento econômico e redução do desemprego observados na segunda metade dos anos 80. Esta queda contrasta com aquela observada ao longo da década de 70, que chega a ultrapassar os 75%, com a diferença de que este período se caracterizou por altos níveis de desemprego.

Essa defasagem entre filiados e contribuintes se explica em parte pelo já analisado atraso no pagamento das contribuições por parte dos empregadores. No entanto, a outra parte é explicada pelos trabalhadores que práticamente abandonaram o sistema e que deixaram de contribuir por um tempo suficiente não apenas para comprometer a acumulação de um fundo que lhes permita obter uma aposentadoria razoável, mas também para ter acesso no futuro a uma pensão mínima. Esta situação pode ser ilustrada pelo fato de que, em setembro de 1990, quase 600 mil pessoas, 16% do total de filiados das AFP, não contribuiram por mais de um ano. De acordo, ainda, com uma pesquisa encomendada pela Associação das AFP, 26% dos filiados que não posssuem as contribuições em dia corresponde a pessoas, especialmente mulheres, que se retiraram voluntáriamente da força de trabalho, 13% são aposentados, 37% são trabalhadores independentes e 22% diz respeito aos atrasados ("morosos") do sistema (24).

Esta situação contrasta com as expectativas dos impulsionadores da reforma de 1981, segundo as quais a criação do sistema de capitalização individual conduziria a uma redução da evasão e a um aumento da cobertura previdenciária. Tais expectativas não se materializaram não apenas pelas dificuldades de fiscalização por parte do poder público, como vimos em argumentação anterior, mas também porque o longo período de acumulação requerido e a garantia de uma aposentadoria mínima limitam os incentivos para que os trabalhadores efetuem os aportes necessários e controlem seus empregadores. Por outro lado, o novo sistema tem enfrentado limitações similares àquelas do regime anterior no que diz respeito à incorporação dos chamados trabalhadores "independentes": dados de

1990 registram apenas 50 mil contribuintes independentes, o que equivale a 5% do total dos trabalhadores por conta própria do país.

Com relação ao nível de contribuições efetuadas, o novo sistema apresenta um problema adicional. Os dados disponíveis indicam que uma alta proporção dos contribuintes declara rendas passíveis de contribuição extraordináriamente baixas: no final de 1990, aproximadamente 500 mil contribuintes das AFP, o equivalente a 25% do total, contribuia sobre uma base de renda igual ou inferior ao mínimo legal ([25]).

Tanto esse volume de contribuições efetuadas como o período de contribuição repercutem na acumulação de fundos no regime de capitalização individual. As evidências indicam que depois de 10 anos, apesar dos altos rendimentos financeiros dos recursos investidos, uma significativa proporção dos contribuintes acumularam fundos que ainda não lhes garantem aposentadorias razoáveis. Em torno de 70% dos contribuintes entre 30 e 35 anos registrava, ao final de 1990, saldos acumulados inferiores a um milhão de pesos, valor que, devidamente capitalizado, equivale a apenas 25% do fundo necessário para assegurar ao final da vida ativa uma aposentadoria equivalente a apenas dois salários mínimos, ou 60 mil pesos mensais ([26]).

Na medida em que o atual regime de capitalização se financia com taxas homogêneas de contribuições e possui regras uniformes para a determinação futura de aposentadorias, seus efeitos distribuitivos diretos dependem de dois fatores: da rentabilidade dos fundos para contribuintes de diferentes níveis de renda, e do apoio subsidiário do Estado através da garantia de aposentadorias mínimas e assistenciais.

De acordo com dados apresentados por CHEYRE(1988), as diferenças de rentabilidade para os diferentes níveis salariais tem sido consideráveis, provocando diferenças substanciais nos valores das aposentadorias. Essas diferenças se explicam pela estrutura de comissões que financiam as AFP, compostas por uma comissão fixa e outra variável, o que leva a que os contribuintes de menor renda paguem uma fração maior para o financiamento do sistema, o que reduz a rentabilidade de seus fundos. As estimativas disponíveis indicam que esses fatores podem produzir diferenças de até um terço na relação aposentadoria/renda de contribuição, o que representa um evidente fator **regressivo** no sistema.

Além desses efeitos distributivos diretos intrageracionais, a transição do antigo para o novo regime dá lugar a pelo menos três tipos de efeitos distributivos adicionais: (i) efeitos intrageracionais derivados da fórmula de determinação do Bônus de Reconhecimento; (ii) efeitos intergeracionais diretos, dados pelo aumento ou diminuição das aposentadorias outorgadas pelo novo sistema com relação às que teriam sido permitidas pelo antigo sistema de repartição; (iii) efeitos intergeracionais indiretos, determinados pela forma de financiamento do déficit previdenciário do sistema antigo.

Para aqueles **setores da população com renda insuficiente**, o Estado lhes garante uma **aposentadoria mínima**. A este benefício têm acesso todos os filiados que tenham contribuido o equivalente a 20 anos para o novo sistema. As estimativas de ORTÚZAR,1988 ([27]), indicam que no final da década de 90 o Estado deverá gastar por esse conceito recursos similares aos destinados ao financiamento de aposentadorias assistenciais, algo em torno de 60 milhões de dólares anuais.

Ao longo de dez anos de funcionamento, e ao contrário das previsões dos impulsionadores do novo sistema, o número de AFPs no mercado não apresenta um aumento significativo, passando de 12 para 13 Administradoras. Este sistema sempre se caracterizou por forte concentração de seus filiados em apenas três instituições.

Por outro lado, o novo sistema de capitalização sofreu fortes impactos, particularmente os derivados da crise econômica do início dos 80, crise que afetou diretamente aos grupos econômicos proprietários das maiores AFP, colocando em perigo o desenvolvimento normal do sistema. Como resultado da intervenção desses grupos durante a crise de 1982, o govêrno se viu forçado a assumir temporariamente a administração dessas AFP. Posteriormente estas AFP foram reprivatizadas, ficando a maioria em mãos de consórcios internacionais.

Apesar das alegadas vantagens de "longo prazo" do sistema de capitalização (superar os desequilíbrios atuariais e isolar os benefícios das oscilações das finanças públicas), a realidade é que a reforma chilena provocou desequilíbrios fiscais cujo efeito se extenderá por várias décadas. Estes desequilíbrios, traduzidos por enorme déficit, possuem duas fontes principais: a passagem de contribuintes para o novo sistema, e a retenção dos beneficiários passivos, além do surgimento de compromissos de gasto futuro em favor dos contribuintes das AFP. Entre estes compromissos estão os Bônus de Reconhecimento para aqueles que sairam do antigo sistema, e a garantia estatal de aposentadorias mínimas para o universo dos contribuintes, além das assistenciais para aqueles que não podem contribuir.

Parte importante da queda da receita previdenciária também se originou na crise econômica que o Chile atravessou entre 1980 e 1983, quando o nível de emprego se viu reduzido juntamente com os salários reais. Por outro lado, os gastos previdenciários se incrementaram como consequencia desse maior desemprego e da criação, em 1981, do Subsídio Único Familiar (SUF) -benefício familiar de valor fixo para os filhos de famílias em extrema pobreza. O número destes benefícios pagos atualmente (1991) atinge a mais de um milhão. Não são apresentadas estimativas do valor desses benefícios nem quanto representam no gasto público.

O déficit previdenciário, cujos níveis históricos se situavam entre 1 e 3% do PIB, passou para 8% no ano seguinte ao da implantação do novo sistema, estabilizando-se em 5% entre 1988 e 1991. Os níveis de emprêgo de 1980 só se recuperaram em 1985, enquanto os salários só o fizeram a partir de 1988 ([28]).

As projeções para os próximos anos do déficit previdenciário indicam que este se manterá básicamente por três fatores. O primeiro deles diz respeito à estimativa de que o desequilíbrio do antigo sistema permanecerá em níveis significativos por outros 25 anos, reduzindo-se apenas a partir do ano 2000. ([29])

Um segundo fator que incrementará o déficit previdenciário é o pagamento dos Bônus de Reconhecimento aos antigos contribuintes que passaram para o novo sistema, a medida em que estes forem se aposentando. Este ítem requerirá níveis crescentes de gasto até o ano 2007, passando a reduzir-se a partir dessa data.

Por último, tanto as aposentadorias mínimas sob o novo sistema quanto as aposentadorias assistenciais (dirigidas àqueles que não reúnam os requisitos para acessar o mínimo), absorverão volume crescente de recursos durante os próximos anos. Ao contrário dos fatores anteriores, no entanto, este tipo de aposentadorias representa um compromisso permanente por parte do Estado com os filiados do novo sistema e com a população não coberta por este.

Do total do déficit previdenciário em 1990, o déficit operacional representava em torno de 77%, os Bônus de Reconhecimento quase 14% e o gasto com as aposentadorias mínimas e assistenciais apenas 9% aproximadamente. No entanto é este último ítem de gasto que apresenta tendência de crescimento constante até o ano 2015, ano em que se igualaria aos gastos com os Bônus de Reconhecimento ([30]).

Assim, de acordo com as projeções anteriores, depois de 35 anos de funcionamento do novo sistema, o setor público ainda apresentará um déficit vinculado à reforma previdenciária da ordem de 2% do PIB. O montante efetivo que este déficit atingirá, no entanto, ainda está sujeito a uma grande incerteza, dada sua dependência de fatores que podem incrementar significativamente os compromissos fiscais.

Em primeiro lugar, um fator que contribuirá para incrementar o gasto público acima do projetado diz respeito ao próprio pagamento dos Bônus de Reconhecimento. Enquanto as primeiras estimativas indicavam que o volume total de Bônus por pagar atingiria a uns 7.500 milhões de dólares, informação mais recente, correspondente aos bônus efetivamente emitidos, indica que este valor poderia chegar a duplicar-se. Com isto, os gastos anuais projetados por este conceito poderiam apresentar um incremento similar ([31]).

Em segundo lugar, as projeções de gastos com aposentadorias mínimas e assistenciais são fortemente influenciadas pelos fundos que os atuais contribuintes ao novo sistema consigam acumular no momento de aposentar-se. O montante desses fundos, como já foi apontado, dependeria do comportamento dos salários reais , do nível de emprego, da rentabilidade dos fundos, das comissões cobradas pelas AFP e da evasão ou subdeclaração das contribuições ([32]).

Em terceiro lugar, tanto a reforma de 1981 como outras modificações da situação trabalhista de grandes grupos de trabalhadores em anos passados deram origem a uma série de demandas judiciais, cujo resultado tem sido geralmente adverso ao Fisco. No ano de 1990 os gastos com este ítem alcançaram quase 20 milhões de dólares e a previsão é de que, se não se adotarem medidas de fundo, esta cifra continuará a aumentar nos próximos anos.

Finalmente se destaca que, mesmo reconhecendo que a privatização do sistema teria reduzido as possibilidades de utilização populista da seguridade social, elas não teriam desaparecido por completo. Entre as vías possíveis de comprometer as finanças públicas mediante a concessão de benefícios previdenciários estão o cálculo dos Bônus de Reconhecimento, o aporte aos fundos de capitalização para permitir a aposentadoria antecipada e a diminuição de requisitos para ter acesso à aposentadoria mínima.

Em boa medida, conclui o estudo do BID ([33]), o setor público "acomodou" o déficit previdenciário. Particularmente durante o período da crise (1982-1983), as AFP absorveram boa

parte da dívida pública, o déficit quase-fiscal e as ações postas à venda pelo Estado. No futuro, no entanto, parece improvável que o setor público possa manter sua participação nesses fundos, o que requerirá novos instrumentos de investimento de similar qualidade e risco.

Outra conclusão a que chega o referido estudo é a de que não existe evidência de que durante a transição o regime de capitalização tenha contribuido para aumentar a "poupança interna" (uma das justificativas centrais para a existência da reforma). Neste período a poupança esteve mais fortemente determinada por condições macroeconômicas gerais, pela restrição de divisas e pelo ajuste fiscal empreendido pelo governo chileno. Nesse sentido as evidências apresentadas são de que nos primeiros anos de transição para o novo sistema, a poupança e o investimento estiveram plenamente dominados pelos efeitos da crise econômica e pelos severos ajustes experimentados pelo setor externo e pelo setor público. A partir de 1983, a poupança e o investimento agregados experimentaram uma recuperação. Enquanto o setor externo realizava uma contribuição oscilante neste processo, devido à sua subordinação às possibilidades de financiamento externo, o setor público apresentava situação superavitária, alcançando valores superiores a 5% do PIB a partir de 1987. Diante do significado desses ajustes, a contribuição da poupança previdenciária privada parece bastante limitada: dado que ao final do período se observava uma taxa de investimento muito similar à de 1980, não poderia argumentar-se que os 3% do PIB aportados pelo novo sistema de capitalização previdenciária tivesse contribuído para provocar alguma transformação macroeconômica substantiva ([34]).

Junto com a reforma previdenciária de 1981, promoveu-se no Chile uma reestruturação importante do Setor Saúde, compondo assim um quadro de mudanças radicais na Seguridade Social chilena.

Diversos autores, entre eles TETELBOIN (1992) e RACZYNSKI (1983), apontam para a íntima relação entre a reforma da previdência e as mudanças implementadas no setor saúde no Chile. TETELBOIN (op. cit.) afirma que as condições que permitiram levar a cabo o **projeto de reforma da área de saúde** se deram a partir das mudanças no sistema previdenciário, "cuja transformação liberou recursos da seguridade social para o impulso das iniciativas privadas. Nesse sentido postulamos que o centro da modernização em saúde esteve na reforma previdenciária." ([35])

As reformas que marcariam as novas formas de operação das políticas de Previdência, Saúde e Assistência Social a partir dos anos oitenta foram consideradas por MEDICI,OLIVEIRA E BELTRÃO (1992) como o "Novo Regime de Proteção Social" chileno.

Segundo esses autores as novas regras e princípios para o funcionamento da atenção à saúde eram os seguintes: ([36])

- "Equidade nos benefícios e nos pagamentos". Na realidade significava unificar a assistência médica e o valor das contribuições apenas para os contribuintes dos antigos SERMENA e SNS. Não trouxe nenhuma equalização para os não-contribuintes. Por outro lado, a contribuição das empresas para o sistema deixou de existir.

- "Solidariedade segundo o nível de renda". Segundo os próprios autores "tratava-se de criar mecanismos **seletivos** (o grifo é nosso) de participação do indivíduo no sistema estatal, segundo o seu nível de renda". O quadro abaixo sintetiza a distribuição da população beneficiária segundo o nível

de co-participação no financiamento (co-pagamento) dos serviços de saúde no Chile para o ano de 1986:

CLASSES DE RENDA	NIVEL DE CO-PARTICIPAÇÃO	%POPUL.COBERTA
Alta renda:+ de US$190 mensais	50%	12,7%
Média renda: de US$121 a US$190 mensais	25%	12,9%
Indigentes e baixa renda:menos de US$121 mensais	0%	74,3%

Fonte: Giacon,J.(1985) "Organización y Estructura del Sector Salud en Chile 1974-1989: análisis preliminar", Documento de Trabajo 8/85 CPU, Santiago, Chile; in Médici, Oliveira e Beltrão op.cit.

O primeiro fato que nos chama a atenção nesse quadro é que a imensa maioria (74%) da população dita "beneficiária" do novo sistema de saúde chileno era considerada, em 1986, "indigente" ou de "baixa renda". Esta é, e sempre foi, a parcela da população que mais demanda os serviços de saúde públicos. A questão é se esses serviços, para aqueles que não podem pagar por eles, permanecem com o mesmo nível de atenção (em quantidade e qualidade). Isto sem mencionar a velha, porém últimamente esquecida, questão do financiamento dos serviços públicos aliado a uma justiça fiscal. Todos sabemos que esses serviços não são "gratuitos" para a população indigente ou de baixa renda, já que a mesma paga por eles através de impostos, pagando, inclusive, proporcionalmente mais do que os setores de mais alta renda.

Resta ainda uma séria dúvida: mesmo aceitando essa absurda barreira discriminatória através da renda (cuja comprovação, inclusive, deve ser no mínimo operacionalmente complicado), seria esse uma mecanismo substitutivo de financiamento efetivo? As pessoas de alta renda continuarão procurando os serviços privados, e aquelas que foram denominadas de "média renda" pelo quadro acima, duvidamos que tenham disponibilidade, diante do custo de vida chileno, para pagar por serviços de saúde com uma renda entre 121 e 190 dólares mensais. Ou seja, a introdução desse falso mecanismo de financiamento serviu (e serve ainda) de pretexto para reduzir ainda mais os já escassos recursos para os serviços públicos de saúde.

Outro princípio de funcionamento do novo sistema de saúde é a "focalização dos subsídios", o qual, na medida em que propõe "criar subsídios diretos para os grupos sociais mais necessitados, como é o caso da gratuidade no atendimento para indigentes e famílias de renda baixa" ([37]), é apenas a contrapartida do princípio anterior. Além dessa "falsa gratuidade" já vista (como se fosse um benefício "concedido" pelo poder público), criou-se o "Programa Nacional de Alimentación Complementaria" para as "famílias mais pobres", o qual foi "considerado como de grande importância para a redução de custos posteriores com atenção médica" ([38]).

Mas a "focalização dos subsídios" não para aí. Chegou-se ao cúmulo de afirmar que, através dela, adotaram-se mecanismos de "gratuidade" para enfermos cujo tratamento era **vital (!)**, os quais, no entanto, precisam ser reanalisados já que têm trazido "grandes deseconomias externas" dado o "alto custo" do tratamento de certos pacientes, como por exemplo os renais crônicos, os portadores de moléstias infecciosas, como hepatite, meningite e... AIDS!

A "ampliação da liberdade de escolha" foi outro princípio adotado pela reforma do sistema, pretendendo "dar resposta às preferências dos consumidores em termos de serviços de saúde". A criação dos programas de "livre-escolha" do "Fondo Nacional de Salud" (FONASA), e posteriormente das "Instituciones de Salud Previsional" (ISAPRES) permitiu a "consolidação desse objetivo" (idem). Fica aqui consolidada a visão de que a saúde é mais um "bem de consumo", cuja "liberdade" de acesso fica limitada pelo orçamento de cada pessoa ou família.

Finalmente, o último princípio adotado pelo novo sistema é o "aumento da eficiência". Para tal optou-se por três estratégias complementares. A primeira foi a aplicação de recursos públicos, ao final dos anos setenta, em programas de "atenção primária à saúde", em uma versão já gasta de serviços de saúde "para pobres", ou seja, de baixo custo, já que utiliza o mínimo de recursos, cuja resolutividade já foi questionada por organismos sanitários regionais e internacionais.

A segunda estratégia foi a criação de "estruturas descentralizadas" de administração e organização do sistema de saúde, na perspectiva de que o "controle local" da oferta e da demanda traria "melhor adequação quantitativa e qualitativa na produção de serviços" ([39]). Numa versão chilena (muito em voga também no Brasil) do "small is beautiful", a descentralização é vista como uma panacéia na resolução de todos os problemas de saúde, independentemente de: que escala e complexidade eles tenham; para quem e como esses serviços estão sendo ofertados; e quem (e para que) exerce o "controle local", se os interesses públicos ou privados.

Por fim, a terceira foi a criação das ISAPRES, pretendendo melhorar a qualidade dos serviços de saúde através da "concorrência entre instituições privadas prestadoras de serviços e entre o setor privado e o setor público" ([40]). Causa espécie a mera transposição de mecanismos como a "concorrência", que sequer funciona em toda a sua "pureza" num mercado de produtos comercializáveis, que dirá em instituições que prestam (ou deveriam prestar) serviços de saúde à população. Veremos mais adiante um outro tipo de análise sobre as ISAPRES.

Passando à descrição das instituições do "Novo Regime de Proteção Social" chileno, temos, primeiramente o FONASA ("Fondo Nacional de Salud"). Criado em 1979, o FONASA, resultado da fusão das antigas estruturas do SERMENA e do SNS, é uma instituição pública, funcionalmente descentralizada, dotada de personalidade jurídica e patrimônio próprio. Subordinado ao Ministério da Saúde, o FONASA detém diversas funções entre as quais destaca-se:

- o cumprimento das disposições incluídas na Lei de Medicina Curativa, que estabeleceu o mecanismo da livre-escolha no âmbito do antigo SERMENA;

- a responsabilidade pela administração patrimonial e financeira de todo o SNSS ("Sistema Nacional de Servicios de Salud");

- a supervisão das ISAPRES ("Instituciones de Salud Previsional"), criadas em 1981.

Com o advento das ISAPRES, instituições privadas que apresentam planos mais "atrativos" para trabalhadores que dispõem da mesma renda necessária para ingressar no FONASA "livre-escolha", este último vem "perdendo espaço" para as primeiras. Esta última afirmação, no entanto, não se confirma exatamente pelos dados ([41]) referentes à evolução da população beneficiária do SNSS, que inclui o sistema de "livre-escolha" do FONASA, versus aquela beneficiária das ISAPRES. Enquanto que a primeira representa mais de 86% da população chilena total, mantendo esta proporção entre 1981 e 1989, as ISAPRES chegam ao final do período com uma cobertura de apenas 13% (muito pouco acima da cobertura histórica do setor privado chileno, de 10%, como analisaremos mais adiante).

O FONASA também é responsável pela arrecadação e distribuição dos recursos para o funcionamento dos Serviços de Saúde. Esta arrecadação diz respeito às dotações orçamentárias e ao recolhimento de recursos oriundos da venda de serviços ou aluguel de instalações públicas para o setor privado.

Além disso, o FONASA também identifica e classifica os filiados do regime público de serviços de saúde, com a finalidade de definir os que estão "aptos" a receber "gratuitamente" os serviços e os que devem "contribuir" com parte do valor dos serviços consumidos. O FONASA é o responsável pela manutenção de um sistema de tarifas para serviços ambulatoriais e hospitalares que se chama "Arancel General de Prestaciones de Salud de Medicina Curativa".

No sistema de "livre-escolha", os profissionais e instituições de saúde podem credenciar-se com três níveis de preços derivados da tabela FONASA. Em geral, os beneficiários desse sistema, cerca de 3 milhões de pessoas em 1991, têm que se sujeitar a um co-pagamento correspondente a 50% do nível 1 da tabela, para serviços outros que não sejam consultas e internações hospitalares. Na medida em que aumenta o nível de credenciamento do profissional, ele passa a receber progressivamente mais ([42]).

As ISAPRES ("Instituciones de Salud Previsional") foram criadas em 1981 (no mesmo período que a reforma previdenciária) com o objetivo de "ampliar a liberdade de escolha e a eficiência do sistema de saúde, buscando melhor adaptação deste a real necessidade das pessoas" ([43]).

As ISAPRES são instituições privadas prestadoras de serviços de saúde, financiadas por recursos públicos advindos da contribuição compulsória de 7% sobre os rendimentos de trabalhadores assalariados e autônomos. Podem se organizar de múltiplas formas, devendo no entanto cumprir com os seguintes requisitos para seu funcionamento: ([44])

- estar registradas no FONASA o qual, em última instância, é o órgão que autoriza seu funcionamento;

- contar com um capital mínimo de 2.000 UF (Unidades de Fomento) -cerca de US$30.000- considerado um capital muito baixo para início de seu funcionamento;

- manter depósito em garantia no FONASA equivalente a um mes de cotizações, com no mínimo 600 UF (cerca de US$9.000).

As ISAPRES possuem duas formas de organização: as fechadas, que inscrevem somente os trabalhadores de uma determinada empresa; e as abertas, para todos os trabalhadores, utilizando

fortes mecanismos de propaganda para aumentar seu contingente de filiados (assim com as AFP do setor previdenciário). Em março de 1991 existiam 33 ISAPRES: 19 abertas, com pouco mais de 2 milhões de beneficiários, e 14 fechadas, com 200 mil associados em 1989 ([45]).

A principal restrição das ISAPRES está na sua cobertura. Os planos oferecidos são tão caros, que poucos trabalhadores chilenos têm tido possibilidade de acesso ao sistema. Até 1989, apenas 13,4% da população era vinculada a alguma ISAPRE. Apesar de estarem dirigidas aos grupos de mais alta renda, as ISAPRES procuraram investir nos grupos de renda média. Assim, em 1988 o salário médio dos filiados às ISAPRES era em torno dos US$400 - cerca de 4 salários mínimos chilenos ([46]).

No total de ISAPRES existiam, em 1990, 2.108.308 beneficiários para 863.262 cotizantes, com uma relação beneficiarios/contribuintes de 2,44 ([47]).

Com o objetivo de "aperfeiçoar as restrições existentes no sistema de funcionamento das ISAPRES e tendo em vista proteger o consumidor de serviços de saúde pelo sistema de livre-escolha", é realizada em 1990, pelo govêrno chileno, uma reforma do sistema ISAPRES. Foi criada a "Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional", órgão normativo e fiscalizador, vinculado diretamente ao Ministerio da Saúde. A principal modificação introduzida com a nova legislação, no entanto, foi o estabelecimento de novas condições relacionadas à duração dos contratos. Na legislação anterior, os filiados tinham a opção de trocar de ISAPRE até mensalmente, o que trazia "altos custos operacionais para o sistema, embora desse maior liberdade de escolha para os beneficiários". Na atual legislação, cada contribuinte é obrigado a permanecer pelo menos um ano com a mesma ISAPRE ([48]).

As **fontes de financiamento** do SNSS, cujos recursos são administrados pelo FONASA, são o Orçamento Fiscal, as receitas de contribuições dos trabalhadores vinculados ao sistema e de contribuições das empresas exclusivamente para acidentes de trabalho, e as receitas próprias, em geral resultado da venda de serviços, receitas patrimoniais e outras. Enquanto os aportes fiscais se reduzem no período 1975-1988 de 51,2% para 39,0%, as receitas próprias passam de 16,8% para 21,7%, e as receitas de contribuições crescem de 32,0% para 39,3%, superando os recursos fiscais em 1988 ([49]).

Nessa distribuição orçamentária, fica evidente o fortalecimento do caráter contributivo do sistema de saúde, eminentemente bancado por contribuições dos trabalhadores, em detrimento da sua vertente universal financiada por recursos fiscais.

Por outro lado, em termos de valores reais, as **receitas** aumentam de patamar de 1974 a 1982 (de 334 para 502 milhões de dólares de 1986); apresentam uma redução entre 1982 e 1985 (de 502 para 387 milhões de dólares); e aumentam ligeiramente entre 1986 e 1988 (de 404 para 467 milhões de dólares) ([50]).

A distribuição das **despesas** públicas federais no período 1975-1988 apresentou, em sua composição interna, as seguintes variações: houve uma redução de 5 pontos percentuais na participação dos "salários e remunerações" na despesa total; o ítem bens e serviços consumidos apresentam um aumento relativo, bem como as pensões pagas; e as transfêrências correntes (como

aquelas dirigidas aos Programas de Alimentação e Nutrição - PNAC) bem como os investimentos reais, caíram tanto em termos absolutos como relativos ([51]).

No confronto receitas-despesas, o setor saúde vem apresentando déficit desde 1984, chegando a -8,5% em 1988, ano em que as despesas chegam a 507 milhões de dólares (em US$ de 1986). Segundo MÉDICI,OLIVEIRA E BELTRÃO (op.cit.), estes déficits acumulados vêm sendo financiados basicamente por mecanismos de endividamento público. Esta situação parece advir da forte compressão dos aportes fiscais.

No entanto, segundo dados do Ministério da Saúde do Chile, apresentados pelos autores acima, o gasto per capita relacionado ao sistema público mantem-se num patamar baixo (31 dólares em 1975) até 1987 (em torno de 45 dólares), quando aumenta em 1988, atingindo 55 dólares per capita (em US$ de 1986).

Ao sintetizar a natureza das transformações sanitárias no Chile durante a ditadura militar, TETELBOIN (op.cit.) aponta o deslocamento de uma concepção "solidária, baseada na necessidade", para uma "de corte individual, de resolução privada, definida na dinâmica do mercado" ([52]). Além do rígido controle autoritário, traduzido pela ocupação militar dos postos públicos do Serviço Nacional de Saúde (SNS), a autora destaca a associação entre o mal funcionamento dos serviços públicos de saúde (por conta do virtual desmonte desses serviços consequencia da drástica redução de recursos) com o tema da privatização. Uma importante e ampla campanha é deflagrada contra a participação do Estado em saúde, de desprestígio com relação à qualidade dos serviços, e de denúncias contra o "burocratismo", a "ineficiência" e o "alto custo". À semelhança dos objetivos da Junta Militar, "sanear" e "racionalizar" passaram também a ser as prioridades para o setor saúde, logo associadas com a implementação da "empresa privada" em saúde. Esse contexto fica bem claro naquilo que se convencionou chamar de "as sete modernizações" por parte do governo militar, entre as quais estão a Reforma Previdenciária e a Reestruturação da Saúde.

As estruturas resultantes da aplicação da política sanitária ao término do período militar, são, em grandes linhas, as seguintes: o Serviço Nacional de Saúde desaparece como estrutura sanitária fundamental, surgindo o Sistema Nacional de Serviços de Saúde (SNSS), que passaria a integrar o conjunto de organismos que oferecem serviços de saúde, independentemente de sua natureza pública, privada ou mista. Suas estruturas fundamentais são os serviços de saúde (do antigo SNS), os consultórios municipalizados e o Fundo Nacional de Saúde (FONASA), que pertencia ao antigo SERMENA. Não se tratou apenas de uma mudança de nomes, mas da desarticulação de um sistema nacional de saúde, acarretando uma alteração no papel das instituições em quanto a integralidade, programação, financiamento, acesso aos serviços, carreira funcional, entre outros, mas principalmente na responsabilidade com a população.

A estrutura pública é a rigor substituída por 27 serviços de saúde regidos por outra lógica de financiamento (a do pagamento por quantidade de serviços prestados), com escassos recursos para a operação, exíguos ou inexistentes para investimento e manutenção, baixos salários, diminuição do pessoal com aumento da carga horária e deficientes condições de trabalho, entre outras mudanças.

Esse conjunto de circunstâncias originou a perda da perspectiva pública por parte dos serviços, com a consequente deterioração do atendimento para aqueles que não contavam com a possibilidade de exercer o proclamado "direito à livre escolha". Esta situação provocou uma situação regressiva do ponto de vista da oferta de serviços públicos de saúde.

Os serviços de atenção primária são descentralizados para as Municipalidades. A "saúde municipalizada" fica em mãos de prefeitos "designados", figura utilizada para identificar àqueles nomeados diretamente por Pinochet, os quais impulsionam uma série de iniciativas como entregar as clínicas a particulares, a promoção do autofinanciamento, etc. Com os novos critérios de financiamento por pagamento de serviços, se perdem as ações preventivas que anteriormente se desenvolviam a este nível de atendimento. O pessoal dos serviços passa da categoria de funcionário público para empregado particular.

Várias fórmulas de privatização e/ou estímulo ao crescimento do setor privado foram ensaiadas, como a descentralização e o repasse de infraestrutura pública para o setor privado.

A mais importante dessas experiências é aquela que ocorre a partir da reforma previdenciária de 1981 e que dá origem aos "Institutos de Saúde Previsional" - ISAPRES. Estes são sistemas de administração de fundos de saúde que contratam serviços de alta capacidade tecnológica, o qual não significou necessáriamente melhor qualidade. Nestas empresas de seguro privado, os contribuintes elegem e se inscrevem "livremente" por meio de um contrato privado diferenciado segundo o valor da contribuição. Evidentemente existem alguns condicionamentos a essa "liberdade de escolha", como o processo de incorporação ao sistema, para o qual se estabelecem critérios de seleção altamente restritivos; o estabelecimento de limitações pela sobreexistência da doença; e o chamado "sistema de carências", período durante o qual existem benefícios vedados e os custos são assumidos pelo paciente. Pelo seu caráter lucrativo, estas instituições são de natureza básicamente curativa, eventualmente preventiva, sem nenhuma atuação com relação ao fomento e promoção da saúde.

A reforma previdenciária, que permitiu o impulso e a capitalização para as ISAPRES, desfinanciou o sistema de seguridade social no Chile, com a saída de seus maiores contribuintes para o setor privado. Adicionalmente, introduziu-se um sistema significativo de subsídios da área fiscal para o setor privado os quais, segundo a Superintendencia das Isapres, quase correspondiam ao total dos lucros desse sistema por conceito de pagamento de licenças maternidade, programas de vacinação e alimentação complementar para os usuários e utilização de um aporte adicional próximo aos 2% por parte dos empregadores que é descontado de impostos.

RACZYNSKI(1983) compartilha das mesmas preocupações com relação ao sistema ISAPRE, cujas perspectivas iniciais no sentido de englobar a amplos grupos da população, de contribuir a incrementar a infraestrutura hospitalar do país e de desafogar a demanda que recai sobre o setor público são precárias, com a agravante de que ao mesmo tempo sua existência contribui para subtrair recursos do sistema estatal de saúde. "O sistema ISAPRE difícilmente contribuirá para diminuir a brecha no atendimento de saúde entre os setores mais pobres e os mais ricos; o mais provável é que proporcione mais benefícios e de melhor qualidade à população de mais alta renda (10-15%) e que signifique uma diminuição dos recursos para a assistência médica do resto da população" ([53]).

Até 1982, período coberto pela análise da autora, o setor público de saúde, que é o setor que ainda acessa a maioria da população, continuava funcionando como o vinha fazendo históricamente, ainda que com maiores restrições orçamentárias.

Pelo lado das **Políticas Sociais destinadas à Pobreza**, RACZYNSKI(1987) as agrupa em: políticas de emergência contra o desemprego; cobertura da seguridade social, aposentadorias e subsídios de desemprego; políticas e programas de habitação; e os programas e subsídios orientados diretamente à infância, como o subsídio familiar para crianças pobres, os programas de saúde e de intervenção nutricional materno-infantil e pre-escolar; e os programas e subsídios para a população escolar.

Diante das altas taxas de desemprego a partir de 1975, o governo chileno se viu obrigado a canalizar volumes crescentes de recursos ao setor trabalho. Algumas dessas medidas consistiram em subsídios indiretos orientados a fomentar a contratação de mão de obra e outras de subsídio direto para compensar parcialmente os efeitos do desemprego sobre a receita familiar. No primeiro grupo estava o subsídio a contratação adicional de mão de obra implantado em 1976 e a **redução das contribuições previdenciárias a cargo do empregador** desde 1977 até a sua total extinção em 1984. Nenhuma dessas medidas tiveram um efeito significativo sobre a geração de emprego. Significaram, isto sim, uma redução de custos para as empresas ([54]).

As medidas de subsídio direto tiveram efeito mais imediato, correspondendo a programas de emergência desenhados para combater o desemprego e seus efeitos. O Programa de Emprego Mínimo (PEM), iniciado em 1975, e o Programa de Ocupação para Chefes de Família (POJH), implementado ao final de 1982, foram os principais. Nestes programas o trabalhador desempregado recebia um subsídio monetário por uma jornada de trabalho em benefício da comunidade. Estes trabalhos eram definidos, organizados e administrados pelas prefeituras. Os adscritos a esses programas não tinham direito aos benefícios previdenciários. Sua remuneração era inferior ao salário mínimo, distanciando-se deste com o tempo. Em termos reais, o valor do subsídio do PEM em 1985 era menos da metade que o de 1975 ([55]).

Durante a recessão de 1982-1983 esses programas se intensificaram. O POJH (acima citado) se institui nessa conjuntura. No ano de 1983 quase 13% da força de trabalho chilena estava adscrita a um dos dois programas. A partir de 1985, a redução dos trabalhadores adscritos ao PEM não se traduziu em um maior desemprego aberto, e sim num incremento do "desemprego encoberto" e da população que se registra como ocupada em atividades "informais" de ingressos instáveis e de baixa produtividade, no comércio e nos serviços ([56]).

Diversos estudos apontam que os ingressos provenientes do PEM e do POJH chegaram a representar papel importante na subsistência familiar. Apesar do baixo valor do subsídio, este constituia uma fonte de receita "estável", em um contexto de alta instabilidade dos ganhos salariais ([57]). Outros estudos destacam que esses programas deram origem a uma nova categoria trabalhista, cuantitativamente importante, cujo retorno ao adscrito é escasso, é socialmente desvalorizada, não

permite o acesso aos benefícios da previdência social, e não incentiva à promoção do trabalhador ([58]).

Por outro lado, esses programas significaram uma economia para as prefeituras e para o Estado, já que os trabalhadores adscritos frequentemente substituiam pessoal permanente, o qual deveria receber, no mínimo, o salário mínimo vigente.

No que diz respeito à cobertura da Seguridade Social chilena, esta é analisada com detalhes mais adiante.

Entre as políticas sociais, a de habitação foi a que sofreu um corte mais abrupto e permanente no período 1974-1983. O gasto público nesse setor, bem como diversos indicadores sobre construção de casas o indicam claramente: a média de habitações anuais reduziu-se de 4.6 unidades por mil habitantes para 1.8 nesse período. As restrições nesse setor afetaram com particular intensidade os segmentos mais pobres da população. A partir de 1982 tiveram destaque os programas de "erradicação", deslocando "acampamentos" e "poblaciones" (uma espécie de favela) para terrenos com algum equipamento mínimo. Na área metropolitana de Santiago, esses programas significaram uma agudização da segregação social espacial. Simultâneamente as famílias perderam oportunidades de trabalho e de acesso a serviços de saúde e educação; incrementaram seus gastos com transporte e tempo de deslocamento; além de sofrerem um desenraizamento da rede de relações sociais na qual estavam inseridas, rede essa que em momentos de crise econômica constituia-se em um "capital social" que facilitava a sobrevivência ([59]).

A população materno-infantil constituiu um grupo que, em termos relativos ao restante dos setores da população, foi "favorecido" pela política social do período 1974-1983, através dos programas específicos para infância dos Ministérios da Saúde e Educação junto com as Prefeituras.

A nível municipal teve início, a partir de agosto de 1981, a distribuição de um subsídio familiar para menores de oito anos que se encontrassem em situação de extrema pobreza e não tivessem acesso aos benefícios familiares previdenciários. Este subsídio familiar para crianças pobres incorporou a mulher grávida a partir de julho de 1982; e em abril de 1985 as crianças de oito a quatorze anos. O valor do subsídio era equivalente àquele do benefício familiar previdenciário. No ano de 1982 foram entregues uma média mensal de 227.000 subsídios, passando para 527.000 em 1983. Neste ano o número mensal de subísidios pagos representava 24% da população total menor de oito anos ([60]).

Com relação aos programas de **Saúde** e Nutrição materno-infantil e pré-escolar, o Chile já possuia longa tradição. Ao assumir o governo militar, o setor público de saúde tinha ampla cobertura geográfica e social. Durante a recessão de 1975-1976 houve redução drástica no gasto público em saúde. Entre 1977 e 1982 houve recuperação parcial, e em 1983 verificou-se uma nova queda. As restrições no gasto público afetaram principalmente o investimento e o equipamento hospitalar, ou seja, a atenção secundária e terciária da medicina. Essa situação generalizou-se e resultou numa crise em 1984-1985. Também foram observados cortes nos gastos com pessoal, pela queda nos salários e uma redução do pessoal médico, substituído parcialmente por pessoal paramédico ([61]).

A participação do setor privado foi estimulada para a criação dos Institutos de Saúde Previdenciários (ISAPREs). A legislação facilitou o acesso à saúde dos grupos de mais altos ingressos, diminuindo para eles o gasto direto em saúde. Aproximadamente 5% da população se beneficiou: aquela de mais alta renda e com um risco menor de adoecer. O deslocamento desse grupo populacional para o sistema ISAPRE implicou numa deterioração dos recursos do setor público da ordem de 13% ([62]).

Dessa forma, a política de saúde do governo militar concentrou-se quase que exclusivamente nos programas de atenção materno-infantil. Apoiados nos resultados de estudos que diagnosticaram os problemas de saúde e nutrição infantil, e avaliando desde um ponto de vista médico-biológico e econômico-social alternativas de intervenção, esses programas se aperfeiçoaram e focalizaram os grupos mais vulneráveis.

No entanto, pela primeira vez desde 1975, observou-se uma deterioração nos índices relativos à sobrevivência e ao estado nutricional das crianças. A diminuição da taxa de mortalidade infantil diminuiu, enquanto que a taxa de mortalidade em crianças entre um e quatro anos de idade aumentou substancialmente. Isto aconteceu em um momento de agudização da crise econômica (aumento das taxas de desemprego, queda dos salários) que tornava indispensável manter e intensificar os programas nutricionais. Mas, em vez de se tomar medidas nesse sentido, os programas sofreram restrições. Durante 1984, os indicadores de desnutrição e mortalidade mostraram uma melhoria, coincidindo com uma intensificação das medidas para remediar a situação. Assim, mesmo com as restrições do PNAC, produziu-se um aumento da distribuição de diversos tipos de alimentação complementar aos beneficiários de alto risco socio-econômico ou bio-médico. Em julho de 1985, devido a novas restrições orçamentárias, o governo adotou novos cortes no PNAC, substituindo o leite por arroz. Com a pressão exercida pelas mães nas unidades de saúde e pelos especialistas no assunto, as medidas foram canceladas. Não obstante, continuaram as restrições na distribuição de leite e de outros produtos alimentícios. Os dados correspondentes a junho de 1984 e junho de 1985 mostram um estancamento e inclusive um ligeiro incremento dos índices de desnutrição das crianças menores de dois anos que não aparece refletido na taxa geral de desnutrição correspondente às crianças menores de seis anos ([63]). **Isto mostra até que ponto o estado nutricional das crianças de famílias pobres depende dos programas públicos.**

O êxito dos programas nutricionais, sobretudo até 1982, esteve relacionado, em boa medida, com a estruturação e cobertura do setor público de saúde no Chile no passado, contribuindo também a experiência das mães chilenas em atenção primária de saúde, seu nível relativamente alto de escolaridade, e sua convicção de que levar a criança ao posto de saúde é um dever e o acesso a suplementos alimentares, um direito. Por outro lado, também contribuiu para o descenso da mortalidade infantil a queda na taxa de natalidade e uma concentração dos nascimentos em estratos socio-demográficos que implicavam em menor risco de morte ([64]).

Do ponto de vista global, durante o governo militar houve diminuição dos recursos que o Estado destinou para a educação. Paralelamente, observaram-se modificações no destino do gasto. Percentuais crescentes do gasto público destinaram-se para os níveis básicos e pré-básicos.

Paradoxalmente, as estatísticas sobre matrícula básica e abandono escolar não apresentaram melhorias. Esse retrocesso manifestou-se com maior intensidade na área metropolitana de Santiago. Isto coincidiu com a percepção de um forte incremento dos meninos de rua nas cidades. Os programas assistenciais do sistema educacional sofreram restrições, como o Programa de Alimentação Escolar - PAE ([65]).

Uma análise relativa à segunda metade dos anos setenta indica que as crianças em idade escolar de "poblaciones" marginais na área metropolitana de Santiago registravam índices de desnutrição mais altos que as crianças pré-escolares de similares características sociais; com percentuais de desnutrição de 36% e 29%, respectivamente. Outro estudo, em áreas de pobreza da "comuna de San Miguel", na área metropolitana de Santiago, indica que a desnutrição em escolares havia aumentado durante 1983 com relação a 1980. A taxa de desnutrição medida pelo critério peso/altura e contrastado com os valores da FAO/OMS, triplicou-se neste período de tres anos, passando de 4,6% para 15,8%. Informação proveniente da JUNAEB("Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas") em 1984 e 1985 referida a todos os escolares beneficiados pelo programa assistencial de merenda escolar revela um incremento na proporção de crianças que estão abaixo do critério FAO/OMS na relação tamanho/idade, em 10 das 12 regiões do país. Esta informação coincide com a apreciação de profesores em escolas nas áreas de pobreza sobre a diminuição do aproveitamento escolar. Outros indicadores de morbidade, como a incidencia de Febre Tifoide e Hepatite, mostraram um incremento significativo.

Apesar da radicalidade, única na América Latina, das reformas chilenas, mudando totalmente o padrão histórico de intervenção pública no social, caracterizando o Chile como um país que adotou o modelo "residual-liberal" ([66]), algumas particularidades devem ser registradas. Assim como Raczynski (1987) chama a atenção para o grau de desenvolvimento da rede pública de saúde pré-governo militar, o que determinou o sucesso de algumas políticas dirigidas à população materno-infantil, Dribe (1993) também reconhece (indiretamente) o papel da estruturação prévia do setor público chileno na área social.

Dessa forma, os **programas emergenciais destinados à pobreza** encontraram uma população já coberta por uma rede social de programas mínimos. Por outro lado, apesar do estímulo à participação de associações voluntárias e não-governamentais (o que também já fazia parte da tradição chilena no sentido da participação da população nos serviços públicos, particularmente os de saúde), a assistência social se realiza em redes públicas que contam com equipes profissionais competentes e permanentes. Por outro lado, a privatização da saúde atingiu apenas pequena parcela da população, aquela de mais alta renda; enquanto 90% da população em geral é atendida por uma rede financiada com recursos públicos. Na educação, as redes municipais públicas de educação pré-escolar e básica já eram predominantes.

Ou seja, estas, e outras características, proporcionam um caráter extremamente particular ao modelo chileno de serviços sociais dirigidos às camadas mais pobres, com forte presença de um setor público pré-estruturado nas áreas básicas de atenção social, contando com programas permanentes e profissionais especializados. MÉDICI(1993) também reconhece que o Chile foi um dos primeiros

países da América Latina a montar um sistema de proteção social o mais similar ao "welfare state" dos países europeus. As políticas sociais chilenas, ao final dos anos sessenta e início dos setenta, contribuiram para que o país tivesse um dos maiores graus de desenvolvimento social da região, com uma cobertura quase universal das políticas de educação, saúde e previdência social. Especificamente na área de previdência, o Chile tinha um dos mais antigos sistemas de seguro social da América Latina, que apresentava, em meados dos anos setenta, uma das mais altas taxas de cobertura da região, chegando a cerca de 60% da população ocupada ([67]).

No entanto, é inegável (como foi apontado por diversos autores) que a queda do gasto social durante os anos de ajustamento foi responsável pela deterioração dos serviços públicos e pelo aviltamento dos salários dos profissionais que operavam as áreas sociais ([68]). Diversos autores também deixam claro o impacto dessa deterioração, particularmente no setor Saúde, sobre indicadores como a Mortalidade Infantil e a Esperança de Vida, extremamente sensíveis ao número e qualidade dos atendimentos prestados pelos serviços de saúde. Por outro lado, a queda da renda de setores médios da população provoca o deslocamento dessa demanda por serviços médicos privados para o setor público, afetando sobretudo a hospitalização e o nível secundário de serviços. Esse incremento da demanda mais a redução do gasto provocaria piores consequencias para a saúde da população mais pobre do que sugerem os indicadores econômicos ([69]).

Em março de 1990 assumiu o governo uma coalizão partidária, a "Concertación de Partidos por la Democracia", com um programa que reitera a vigência no país de uma "Economia Social de Mercado", inserida no mercado internacional, e que aspira a compatibilização do desenvolvimento do país com a equidade social e que contempla a participação ativa do setor privado em todas as atividades da economia. Trata-se de manipular as variáveis macroeconômicas de forma gradual, sem choques nem pacotes, para permitir um crescimento mantido com redistribuição de renda ([70]).

Os indicadores sociais convencionais são dos melhores entre os chamados países em desenvolvimento: o analfabetismo é insignificante; a mortalidade infantil é de 14,6 menores de um ano por mil nascidos vivos; a mortalidade neonatal é de 7.9 por mil; e a esperança de vida ao nascer é de 75,6 anos entre as mulheres e de 68,5 entre os homens. No entanto, em 1992 ainda permaneciam no país brutais diferenças socio-econômicas: **dos 13,2 milhões de chilenos, cerca de 35% vivia abaixo da linha de pobreza, sendo que esse percentual inclui um milhão de indigentes** ([71]).

Não foi por acaso, portanto, que o governo da "Concertación" colocou no centro de suas preocupações o combate à miséria e a recuperação humana e física da rede de serviços públicos, o que implica no redirecionamenteo das políticas sociais e da saúde em particular no sentido de corrigir ao menos em parte as iniquidades existentes. Segundo a CEPAL (1992b), no período 1990-1992 o gasto fiscal aumentou 20%; os setores de Saúde e Habitação aumentaram consideravelmente seus orçamentos; e o setor de subsídios diretos em espécie diminuiu. Esta redistribuição do gasto social responde, entre outros fatores, à reformulação dos conteúdos da política social do governo democrático, que passa a colocar uma ênfase maior nos programas sociais com participação cidadã e não tanto na entrega de subsídios monetários aos mais pobres.

Além disso, argumenta-se que esse processo de reorientação pode ser facilitado por já existir no Chile uma institucionalidade pública (estruturada nas décadas anteriores à ditadura) bastante eficiente em comparação com a rede de serviços sociais estatais dos demais países da América Latina.

Frente a essa situação, a sociedade chilena enfrenta hoje alternativas de reforma que, como não poderia deixar de ser, guardam afinidade com as três grandes correntes político ideológicas do país. Segundo LABRA (1994), as propostas hoje em discussão para o Setor **Saúde** podem ser esquematizadas nos seguintes termos:

- a primeira delas, que corresponde à política oficial da "Concertación" e é apoiada pelas forças de centro, se baseia na premissa de que o "sistema misto" é o melhor para o Chile, apontando para a manutenção do "status quo", ou seja: corrigir de imediato as deficiências mais graves do setor público; não inibir e sim regular e controlar melhor o setor privado; amnter a municipalização da atenção primária, mas melhorando substancialmente a situação de seu pessoal; e introduzir no interior dos serviços hospitalares mecanismos de mercado para elevar a efetividade em relação ao custo;

- a segunda, defendida pela esquerda e os "históricos" da medicina social, se poderia resumir na consigna "resgatar o Serviço Nacional de Saúde", agora único, e tudo o que ele significa em termos do direito universal a uma atenção pública, gratuita, integral, participativa e "desmunicipalizada"; junto com a extinção das ISAPRES ou sua operação no livre mercado apenas como seguros privados **sem qualquer subsídio**, e a mudança radical da forma de financiamento, que estrutura perversamente o sistema de saúde;

- a terceira, posta pela direita e os neoliberais, pode ser sintetizada no *slogan* "ISAPRES para todos", o que significa, em última instância, privatizar também os serviços públicos, converter os hospitais em empresas privadas lucrativas, e conceder, por parte do Estado, um bônus aos usuários de baixa renda para que possam comprar um plano de saúde, dentro de uma visão de subsídio à demanda e não mais à oferta.

(55)
(56) id.ibid.
(57) Jadresic,1986;in ibid.p.84
(58) Raczynski Serrano, 1985; Ruiz-Tagle y Urmeneta,1984; Cereceda et al.,1985.
(59) Ruiz-Tagle y Urmeneta,1984; Martinez y Leon,1984; in ibid.p.84
(60) ibid.p.87
(61) ODEPLAN,1984,in ibid.p.88
(62) ibid.p.89
(63) Arellano,1985
(64) ibid.p.95
(65) ibid.p.96
(66) ibid.p.98
(67) Draibe,1993
(68) Médici,1993,p.10-11
(69) ver Draibe,op.cit.,p.31, entre outros.
(70) Musgrove,1987;in Médici,1989,p.24
(71) Labra,1994
( ) ibid.p.38

NOTAS

(1) Ministério do Interior,1981;in Raczynski,1983,p.6
(2) Declaração de Princípios do Governo do Chile, 1974; in ibid, p.6
(3) ODEPLAN, Informe Social, 2o.sem.1979; in ibid,p.6
(4) ODEPLAN, 1980; e também Mensagem Presidencial, out.de 1979; in ibid,p.7
(5) Mendez, 1979; in ibid,p.7
(6) ODEPLAN,1980; in ibid,p.7
(7) ODEPLAN, 1977; in ibid,p.8
(8) Mendez, 1979; in ibid,p.8
(9) Mendez,1980; in ibid, p.8
(10) 1982,in ibid.p.8
(11) Iglesias e Acuña,1991,p.38
(12) id.ibid.
(13) ibid,p.106
(14) ibid, p.109
(15) id.ibid
(16) ibid.p.147
(17) ibid.p.150
(18) ibid.p.154
(19) ibid.p.153
(20) ibid.,p.155
(21) ibid.p.156
(22) MARCEL E ARENAS,1991
(23) ibid.p.20
(24) ibid.p.21
(25) ibid.p.24
(26) ibid.p.25
(27) ibid.p.30
(28) ibid. p.33-34-35
(29) De acordo com as projeções disponíveis os filiados ativos do antigo sistema desaparecerão por completo até o ano 2038, enquanto que os gastos em aposentadorias se manterão até 2050, quando deverão ter falecido os últimos beneficiários do sistema.
(30) ibid.p.39
(31) id.ibid.
(32) ibid.p.40
(33) MARCEL Y ARENAS,op.cit.
(34) ibid.p.41-42-43
(35) Tetelboin,1992, p.159
(36) Médici,Oliveira e Beltrão,1992,p.26-27-28
(37) ibid.p.28
(38) id.ibid.
(39) ibid.p.29
(40) id.ibid.
(41) ibid.p.44
(42) ibid.p.45
(43) ibid.p.57
(44) ibid.p.57-58
(45) ibid.p.59-60
(46) ibid.p.63
(47) ibid.p.64
(48) ibid.p.83-84-85
(49) ibid.p.48
(50) ibid.p.49
(51) ibid.p.51
(52) Tetelboin,op.cit.,p.157
(53) Raczynski,1983,p.37
(54) Solimano,1983;in Raczynski,1987,p.84

CAPÍTULO I: (CONT.)

8.2 - México: as tentativas neoliberais de ajuste nos programas sociais

O México também tornou-se um exemplo na aplicação de políticas sociais com perfil neoliberal.

Seu governo justificou o corte do gasto social com o argumento de que a crise fiscal do Estado o tornava inevitável. No entanto, esta crise não respondia a um gasto social alto (este não chegou a representar mais que 9% do PIB no seu nível mais alto), e sim a um endividamento público que entrou em crise em 1982 por conta da queda do preço do petróleo, fugas maciças de capital, e incremento nas taxas de juros. Frente a esta situação o governo tomou a decisão "política" de priorizar o pagamento do serviço da dívida que **subiu de 12,9% para 47,4% do gasto público entre 1981 e 1987, para logo diminuir lentamente para 33,4% em 1990** ([1]).

Na lógica do "saneamento das finanças públicas", a contrapartida dessa prioridade é a diminuição do resto do gasto público. Isto repercute, evidentemente, no **gasto social** que baixa de 9,1% do PIB e 24,7% do gasto público total em 1981, para 6% do PIB ou 14,2% do gasto público em 1987, subindo para 6,5% do PIB e 21% do gasto público em 1990. Ou seja, o denominado **gasto público em desenvolvimento social** se vê diminuido em 33,4% entre 1982 e 1990, ao mesmo tempo em que sua participação no PIB cai de 9,1% para 6,5% no mesmo período ([2]).

Quando se analisa os dados do **gasto social segundo as fontes de recursos**, se constata, em primeiro lugar, que o orçamento dos programas do governo federal sofreu uma perda maior que aqueles do IMSS e o ISSTE (Institutos de Seguro Social Mexicanos, que serão analisados no ítem 5.9 deste Capítulo), institutos cujos recursos provêm em grande parte das contribuições dos empregados e empregadores. Assim, o governo federal apresenta em 1990 uma perda de 44% com relação a 1982; enquanto que a Seguridade Social perde 22% no mesmo período ([3]).

QUADRO I*
EVOLUÇÃO DO GASTO PÚBLICO SOCIAL TOTAL E POR FONTES-MÉXICO

Ano	Gasto Total		Gasto Federal	IMSS e ISSSTE
	% perdas	% PIB	% perdas	% perdas
1982	-	9.1	-	-
1988	46.2	6.0	56.1	42.0
1989	40.0	6.1	50.5	31.9
1990	33.4	6.5	44.2	22.1

Fonte dos dados: "Tercer Informe e Gobierno. Poder Ejecutivo Federal", México, 1991; in Laurell,1992b.
* Quadro elaborado pela autora, 1994.

No âmbito dos serviços sociais públicos mexicanos se observou, portanto, na década de oitenta, uma queda substancial no orçamento público de desenvolvimento social, ou seja, aquele dedicado à educação, saúde, proteção ao trabalho e ao ambiente.

Dessa forma, a política neoliberal também provoca, através de sua atuação no terreno das políticas públicas sociais, efeito regressivo na redistribuição social da renda. No caso em questão, a política de gasto público implicou em uma transferência inusitada de recursos públicos ao capital a custas do salário indireto dos trabalhadores. Os recursos dedicados ao serviço da dívida - que significam ganhos especulativos do capital - crescem aceleradamente até 1987, e são, ainda em 1990, tres vezes mais altos como percentual do PIB e o Gasto Público Total. Por outro lado, o gasto público social diminui no período, estabilizando-se, em um novo patamar, em torno de 6,5% do PIB.

Se existe uma "reforma do Estado", esta consiste em destruir o Estado de bem-estar (ainda incompleto ou inacabado) e interromper a tendência de universalização de seus benefícios para estabelecer uma espécie de "Estado assistencial" para os grupos indigentes e impulsionar a liberalização e privatização do "mercado de serviços". A contrapartida desta política "pública" é a promoção da filantropia privada, permitindo ao Estado recorrer a recursos complementares para seus "programas de caridade". Esse tipo de assistencialismo aliado à essa filantropia abandona a idéia de que a satisfação das necessidades sociais seja um direito social e uma obrigação pública, convertendo-se em objeto de programas governamentais seletivos e/ou dádivas privadas.

A idéia neoliberal de que o Estado deve ser "menos proprietário e mais social" é repetida diversas vezes no discurso oficial do governo mexicano. No entanto, o problema do não atendimento das necessidades sociais da população por parte do Estado mexicano não se deveu ao fato deste ser menos ou mais proprietário de empresas, e sim pela pelas políticas econômicas e sociais adotadas.

Cabe aqui lembrar, como já foi apontado, que a crise fiscal do Estado nada tem a ver com o gasto social e sim com uma crise de endividamento. O nível de endividamento, por outro lado, está relacionado com a decisão de manter o câmbio livre, o que possibilitou uma fuga de capitais da ordem de 20 bilhões de dólares no início dos anos oitenta. Por outro lado, o montante do serviço da dívida se explica, entre outras coisas, por uma elevação na taxa de juros internacional e, de modo muito importante, pela decisão de manter a taxa de juros interna substancialmente por cima da internacional para ganhar a "confiança" dos rentistas mexicanos. Assim, a maior carga do serviço da dívida pública em 1990 se deve a que o governo destinou 47,5 bilhões de pesos para o pagamento dos juros da dívida interna, o que contrasta com o orçamento do PRONASOL de 2.6 bilhões de pesos destinados aos grupos de "extrema pobreza" ([4]).

Por outro lado, visto no contexto das contas públicas, os recursos liberados com a venda das empresas públicas, 1 bilhão de pesos em 1989, eram (e são) totalmente insuficientes para atender o mínimo das necessidades de bem-estar da população. Além disso, se argumenta que a médio e longo prazos o Estado em vez de angariar recursos, ficará mais pobre, já que não disporá das receitas geradas por essas empresas. Ou seja, não terá recursos nem para atender necessidades sociais nem para fazer investimentos produtivos e rentáveis ([5]).

Sintetizando previamente o marco institucional da **Seguridade Social no México**, suas duas principais instituições são o IMSS (Instituto Mexicano do Seguro Social), criado nos anos quarenta,e o ISSSTE (Instituto de Seguridade e Serviços Sociais dos Trabalhadores do Estado) fundado em 1960.

Ambos possuem como propósito o de cobrir a base do emprêgo principalmente formal e estável da força de trabalho. Em princípio, não se considera nem os numerosos trabalhadores que numa economia como a mexicana localizam-se no chamado mercado informal de trabalho, nem o crônico subemprego.

Não obstante o importante significado atribuído à criação das duas principais instituições responsáveis pela Seguridade Social, os benefícios mais substantivos prestados à população são os que dizem respeito à Assistencia Médica. Esta absorve a maior parte dos recursos, incluindo a atenção materno-infantil. Os dois outros âmbitos fundamentais da institucionalidade da Seguridade Social, que são o seguro-desemprego e as aposentadorias, (tanto por risco de trabalho como por término da vida produtiva), no México o primeiro inexiste e o segundo possui um desenvolvimento ainda incipiente, sendo que as condições em que é oferecido vulneram sériamente a idéia da seguridade na terceira etapa da vida.

O IMSS, principal instituto de âmbito nacional, opera com quatro áreas de seguro, sintetizadas no quadro abaixo:

SEGUROS	PRINCIPAIS BENEFICIOS	CONTRIB.SOBRE SALARIOS
Doença e Maternidade	Atenção médica; Auxílios por doença, maternidade, e gastos com funeral.	12%
Invalidez, Velhice, aposentadoria em idade avançada e morte	Pensões (aposentadorias) por invalidez, velhice e morte.	7% com aumentos anuais de 0,2% até chegar a 8%
Riscos de Trabalho	Atenção médica; auxílio por incapacidade; pensões por invalidez ou morte, derivadas de uma doença/ acidente de trabalho.	2% em média, já que a quota depende da atividade da empresa
Creches	Para filhos de seguradas	1%

Fonte: CEPAL/PNUD,1992.

O total de segurados, pertencentes a todos os Institutos de Seguridade, representava, em dezembro de 1990, apenas **53,3%** dos empregados no setor formal. Já o total de pessoas com direito aos benefícios dos Institutos (segurados e pensionistas, bem como seus familiares), representava, no

mesmo período, **52,3%** da população total. Tanto os segurados como os pensionistas se concentram no IMSS (ver Quadro abaixo).

O número total de pensionistas cresce 14,1% entre setembro de 1988 e dezembro de 1990, passando para um milhão duzentas e dezenove mil pessoas. O crescimento proporcional do salário médio mensal de contribuição, no entanto, é muitíssimo maior: 80% no mesmo período. Abaixo desse patamar de contribuição está o valor médio mensal dos benefícios de pensão ou aposentadoria, que cresce 52,7%, por um lado, mas que cai 10 pontos percentuais com relação aos salários no mesmo período. O gasto total com esses benefícios com relação ao PIB passa de 0,44% em setembro de 1988 para 0,57% em dezembro de 1990 (ver Quadro abaixo).

	Segurados com relação ao emprego no setor formal		Pessoas com direito em rel.popul.total	
	set/1988	dez/1990	set/1988	dez/1990
TOTAL	49,5%	53,3%	51,4%	52,3%
IMSS	37,1%	42,2%	40,2%	41,9%
ISSSTE	8,6%	7,5%	7,9%	7,2%
Outras Inst.	3,9%	3,7%	3,2%	3,1%

	Distribuição do no. de segurados dez/1990	Distribuição do no. de pensionistas dez/1990
TOTAL	100,0%	100,0%
IMSS	79,0%	76,3%
ISSSTE	14,1%	16,6%
Outras Inst.	6,9%	7,2%

(cont.)

	Salário médio mensal de contribuição dez.1990/set.1988	Valor médio mensal da pensão (aposent.) dez.1990/set.1988
TOTAL	80,0%	52,7%
IMSS	69,5%	156,0%
IMSSSTE	88,9%	31,1%
Outras Inst.	80,6%	50,8%

	Valor da pensão c/ relação aos salários		Gastos com pensões (apos.) c/rel.ao PIB	
	set/1988	dez/1990	set/1988	dez/1990
TOTAL	65,9%	55,9%	0,44%	0,57%
IMSS	22,8%	34,4%	0,19%	0,33%
IMSSSTE	90,5%	62,8%	0,18%	0,18%
Outras Inst.	82,1%	68,6%	0,06%	0,07%

Fonte: PEREZ,C.J.S.,"El Sistema Mexicano de Pensiones", in "Sistema de Pensiones en América Latina:diagnóstico y alternativas de reforma"". vol 2, CEPAL/PNUD, Santiago - Chile mar/1992.

Os resultados apresentados, segundo PEREZ (op.cit.), "são congruentes com a política de redução do aparelho burocrático e apoio à expansão do setor privado seguida pelo Estado...". Em seguida o mesmo autor afirma que "...tais resultados melhorarão quando se concretize o Tratado de Livre Comercio, em processo de negociação com os Estados Unidos." O autor não explicita o que significa, em termos concretos, essa "melhoria", mas pela afirmação anterior pode-se inferir que se trata do estímulo ao crescimento do setor privado no âmbito da Seguridade Social mexicana.

Por outro lado, o forte incremento das pensões (aposentadorias) do IMSS se explica pelas reformas à Lei de Seguridade Social (de janeiro de 1989 e de dezembro de 1990), bem como pela deterioração nos níveis de pensão no ISSSTE e nas outras Instituições, produto da política de redução do aparato estatal.

PEREZ (op.cit.) reconhece, a partir dos dados apresentados, que o gasto com pensões em relação ao PIB é "inferior ao das nações de maior desenvolvimento". No entanto, em lugar de propor ou levantar a necessidade de aumentar o referido gasto, sugere que se estude com atenção as medidas que devem ser tomadas no futuro para "otimizar a utilização dos recursos que são canalizados para este campo da política social". Esta linha de raciocínio (que por sinal perpassa todo o documento, e que se generaliza para os demais países da América Latina) tem como premissa que os recursos disponíveis são os "possíveis" de serem arrecadados, colocando as soluções, ou as propostas de reorganização do sistema, apenas no campo dos gastos com benefícios.

O Sistema de Seguridade Social no **México** é abordado por AYALA E SCHAFFER (1991) no contexto da crise e do ajuste econômicos. O Seguro Social mexicano se viu afetado pela crise econômica na mesma direção que a massa salarial: esta diminui sua participação de 36,1% em 1980 para 27,7% do PIB em 1986. A receita da Seguridade Social também apresentou decréscimo com relação ao PIB de 3,1% para 2,5% no mesmo período. Ainda que o percentual do gasto previdenciário se manteve constante em relação à massa salarial, esta baixa sua participação. A diminuição reflete incrementos do emprêgo e queda em termos reais da relação salários/PIB. Ainda com base nestes dados, o investimento em infraestrutura para as instituições da Seguridade Social baixa sua participação no PIB de 0,44% para 0,28% no período 1980-1986 ([6]).

Uma primeira conclusão a nível da relação receita-gastos para essas instituições é que a política de contenção do gasto e o impacto econômico das restrições da política salarial afetaram as receitas, já que orgânicamente e por disposição legal os seguros se financiam com contribuições dos trabalhadores e dos patrões, e com aportes fiscais, em proporções de 20%, 75% e 5%, respectivamente.

No caso específico do IMSS, essa relação também foi afetada com a política de ajuste do gasto público, ao reduzirem-se os aportes fiscais.

SALAZAR et alli(1991) colocam a questão do financiamento da seguridade social mexicana como um problema de baixo nível de contribuição, desfinanciamento e retirada gradual do financiamento estatal; tudo isso aliado à uma clara tendencia à privatização.

A contribuição global, apesar do aumento verificado em 1988, continua sendo uma das mais baixas no chamado grupo "intermediário"(ver classificação da CEPAL no início deste trabalho) de países, com relação ao nível de desenvolvimento da seguridade social. Por outro lado, as fontes de financiamento se concentraram nos empregadores e segurados (empregados), diminuido sensívelmente a participação do governo. É sabido que existe mora e evasão por parte dos empregadores, e que este fenômeno vem crescendo nos últimos anos de maneira alarmante,sem que se disponha, no entanto, de estimativas sobre sua amplitude.

Ao situar o gasto em seguridade social no contexto do gasto governamental, SALAZAR (op.cit.) verifica, primeiramente, que a relação do gasto social com o PIB cai de 6,64% em 1980 para 5,67% em 1988. A participação, por outro lado, do gasto do IMSS no gasto social total permanece quase a mesma, enquanto que o ISSSTE ve reduzida a sua de maneira constante, terminando o período com apenas a quinta parte do inicial. Chama a atenção que a rubrica de gasto "Outros" passa de 9,47% para 30,29% do gasto no mesmo período. E, finalmente, quando se analisa o gasto social distribuído por três grandes setores -Governo Federal, Organismos dentro do orçamento e Organismos, empresas, fundos e grupos subsidiados- se verifica que este último setor passa do último lugar em 1980 para o primeiro em 1988, com 39,31% do gasto social. O segundo setor, que inclui o IMSS, o ISSSTE, Secretaria (Ministério) de Saúde, etc., viu cair sua participação em pouco mais de quatorze pontos percentuais.

Do ponto de vista da distribuição dos recursos no regime mexicano de seguridade social, no IMSS, do total de segurados , os de maior renda, que representam 15%, contribuem com 38% da receita e recebem 10% do gasto em benefícios. Por outro lado, o grupo que se sitúa em torno do salário mínimo, que representa 55%, contribui com 32% da receita e se aplica, em benefícios e serviços para este grupo, 60% dos gastos. Por outro lado, o seguro social reflete a desigualdade urbano-rural, já que em sua grande maioria (94%) os serviços são prestados em áreas urbanas, derivando uma série de outras iniquidades: a relação médicos/habitantes em favor das áreas urbanas;a localização de hospitais e centros de saúde; e os segurados que apresentam uma proporção de 94%-6% urbano-rural.

No IMSS a aplicação de recursos por segurado diminui no que diz respeito aos gastos com assistência médica, sendo que o número de consultas/habitante/ano decresce em menor proporção.

Com relação ao gasto com aposentadorias, este cai em termos reais, observando-se, simultâneamente, o crescimento do número de aposentados, que passou de 981.257 para 1.583.542, incluindo os familiares.No caso do ISSSTE o aumento das aposentadorias a nível do salário mínimo têve como resultado uma modificação na composição do gasto no interior da seguridade social: a relação 60.7% para assistência médica e 30.7% para aposentadorias em 1980, passa para 49.6% e 50.4% respectivamente em 1987.

Enquanto que no ISSSTE se verificou uma ligeira melhoria no pagamento de aposentadorias, que contudo continuam sendo muito baixas, no IMSS em 1987 se pagaram 829.118 aposentadorias por invalidez, velhice desemprego e morte, no valor médio mensal de 64% do salário mínimo (cuja média é puxada pelas mais altas, que são as por velhice e desemprego). As aposentadorias por riscos ligados ao trabalho, 174.000 pagas pelo IMSS em 1987, ficaram em torno de 30% do salário mínimo.

As aposentadorias são consideradas como um aspecto crítico da Seguridade Social mexicana, com cobertura mínima que não passa de 15% da população maior de 65 anos. Além disso, a parte coberta o está de maneira "virtual", já que os valores médios per capita das aposentadorias estão longe de satisfazer com dignidade o mínimo das necessidades dos segurados.

AYALA E SCHAFFER (op.cit.) apresentam uma síntese das propostas de reforma da seguridade social em função da crise, as quais são, genéricamente, as seguintes:

1) Garantir o direito à saúde, fortalecendo os serviços, e impulsionando a melhoria daqueles de cobertura universal, para que haja equidade pelo lado da oferta.

2) Estender o contrôle de risco a todas as mulheres gestantes e às crianças menores de quatro anos nas áreas e grupos mais vulneráveis.

3) Ampliar o benefício das aposentadorias a toda a população maior de 65 anos, de modo escalonado.

4) Estender os serviços de medicina preventiva a toda a população com risco de doenças crônico-degenerativas.

5) Aprofundar o contrôle sanitário de bens e insumos de consumo humano, especialmente produtos básicos.

6) Criar o "cartão" ("tarjeta") de atenção à saúde como garantia de acesso aos serviços e com um respaldo econômico que atúe sobre um fundo de solidariedade social, destinado a pagar a dívida acumulada neste sentido, e que represente "capacidade de pagamento e dignificação da cidadania".

9) Reorganização e modernização das funções das instituições do setor, adequando-as para dar resposta às reformas propostas e estabelecendo uma relação mais estreita entre recursos, custos e produtividade.

10) Criação de um "Fundo Nacional de Solidariedade Social", cujos recursos sejam destinados aos programas prioritários e para financiar o "cartão" da saúde.

Com relação à cobertura do Seguro Social, tanto o IMSS como o ISSSTE introduziram mudanças nas suas leis orgânicas que fortalecem a extensão da seguridade social, segundo os mesmos autores. Por exemplo, a ampliação de quatro semanas para seis meses do seguro social dos trabalhadores que deixam de contribuir por desemprego; o não incremento das contribuições dos trabalhadores; a manutenção da solidariedade social com grupos não segurados; a extensão do seguro social facultativo e de regimes especiais no caso do IMSS; a ampliação do gasto com assistência médica; o montante e as características das aposentadorias e a ampliação dos benefícios. É dado destaque para a prioridade concedida (no ISSSTE) aos setores de assistência, geral e universal, na cobertura de doenças e da maternidade.

Por outro lado, a reforma da Lei do Seguro Social de janeiro de 1989 trouxe, segundo PEREZ (1992), um incremento de 3% nas contribuições sobre salários para o IMSS no tocante ao seguro de doenças e maternidade, a fim de alcançar um "equilíbrio financeiro" nessa área e terminar com a transferencia de recursos de aposentadorias para os serviços médicos.

A reforma de 1989 também fixou o valor mínimo das aposentadorias em um nível equivalente a 70% do salário mínimo geral do Distrito Federal, o que representou um incremento próximo a 100% do valor mínimo anterior. No entanto, esse crescimento dos gastos com benefícios, derivado em grande medida pelas reivindicações sociais, vem atender às mesmas apenas parcialmente, gerando uma segunda reforma.

A reforma de 1990, marca, segundo PEREZ (op.cit.), o início de uma série de medidas legislativas que garantem o "equilíbrio financeiro" do IMSS, ordenando a administração dos recursos de seus ramos de seguros e, muito particularmente, o relativo ao capítulo das reservas.

De acordo com essa última reforma, se elevou o valor da aposentadoria mínima de 70 para 80% do salário mínimo geral do Distrito Federal. Paralelamente, se estabeleceu um sistema que, junto com proteger específicamente aos segurados de mais baixos ingressos, estimule e considere de forma diferencial àqueles que por sua permanência no seguro social reflitam uma "vida produtiva constante. Para tal, foi necessário modificar a tabela que regula a concessão de aposentadorias, mantendo os direitos daqueles que haviam sido beneficiados pelo sistema anterior. Ao mesmo tempo se garante que as somas das aposentadorias por invalidez, velhice ou idade, incluindo as representadas pelos benefícios familiares e ajudas assistenciais, possam alcançar, com suficientes semanas de contribuição reconhecidas, 100% do salário médio de base.

Paralelamente, no entanto, a essas melhorías nos benefícios, foram aumentadas as contribuições respectivas de forma proporcional, "atendendo ao espírito da lei de suportar mediante contribuição tripartite os diversos seguros". Metade do aumento contemplado (2%) se aplicou de imediato, enquanto que a diferença se atingirá mediante incrementos graduais de 0,2% anual, até alcançar o percentual de 8% em 1996. Tal gradualismo foi implementado para "atenuar seu impacto na planta produtiva do país, e poder neste lapso realizar oportunamente os ajustes pertinentes" ([7]).

Finalmente, a reforma de 1990 também prevê uma mudança no esquema financeiro desse seguro, para que suas reservas garantam o cumprimento de seus compromissos atuais e futuros. Se estabelece a obrigação do IMSS de aumentar gradualmente o investimento financeiro de suas reservas atuariais para o pagamento das aposentadorias por invalidez, velhice ou morte.

Resumidamente, até aqui as duas últimas reformas mexicanas tiveram como objetivos principais evitar o desvio de recursos de aposentadorias para a atenção à saúde, e dar os ordenamentos legais a fim de constituir as reservas financeiras que permitem enfrentar os gastos sempre crescentes pelo conceito de aposentadorias. Estes últimos, quando projetados em relação ao PIB, aumentariam de 0,47% em 1991 para 2,45% em 2030 ([8]). Por outro lado, tomando o ano de 1980 como base, **o valor real das aposentadorias** diminui em 1988 e se eleva em 1989, graças, como vimos, aos aumentos concedidos pelas reformas. Somente em 1990, no entanto, supera o nível de 1980.

SALAZAR et alli (1991) pretendem dar um enfoque integrador na análise da Seguridade Social, com o objetivo de propor uma perspectiva alternativa. Assim, para esses autores, a crise da seguridade social mexicana se inscreve em uma crise de maior envergadura, que é a crise do Estado de Bem-Estar , a qual, por sua vez, é determinada pela natureza do sistema econômico no México bem como de seu sistema e regime político.

De acordo com esse enfoque, o problema da progressividade e regressividade da política de seguridade social é um dos elementos básicos de sua crise atual. Segundo BOZURTZY ([9]), o que menos se buscou na seguridade social mexicana foi interferir nos níveis de ingresso da população. "...os aspectos mais progressivos do sistema de seguridade social mexicano são a extensão da cobertura populacional, os programas de saúde assistenciais do IMSS e a extensão do pagamento de contribuições aos segurados do IMSS que recebem um salário mínimo". No entanto, os efeitos regressivos são maiores:"a) 58% da PEA não está coberta com aposentadorias e 40% da população total não está coberta por serviços de saúde e os excluídos do sistema são os grupos de mais baixa renda; b) os tetos de contribuição salarial para o IMSS fazem com que os segurados de mais alta renda contribuam proporcionalmente menos que os de média e baixa renda; c) o Estado financia totalmente ou subsidia fortemente subsistemas que cobrem grupos de rendimentos superiores aos não cobertos; d) há uma correlação positiva nos estados entre maior rendimento e melhor cobertura da seguridade social e dos serviços de saúde; os serviços assistenciais de saúde recebem uma alocação de recursos muito mais baixa, proporcionalmente, que os de seguridade social, e não existem aposentadorias assitenciais."

A partir de uma análise prospectiva, SALAZAR et alli (1991) apresentam dois cenários para a Seguridade Social mexicana: um tendencial e um alternativo.

O cenário tendencial, projetado até o ano 2010, apresentaria as seguintes características:

a) A estrutura do sistema de Seguridade Social se consolidaria tal como ela se apresenta hoje, mas com algumas mudanças: o IMSS, como principal instituição, teria uma cobertura próxima aos 60% da população total; o ISSSTE, passaria a ter uma cobertura de aproximadamente 13%. Esta instituição passaria por um processo de unificação com a maioria dos sistemas estatais de seguridade social. Assim, em termos de cobertura total a seguridade social mexicana chegaria a 72,7% da população total, estimada em 113 milhões e 787 mil pessoas. Os serviços governamentais de assistência teriam cobertura potencial, dando apenas proteção de nível primário à saúde, de 15 milhões de pessoas.

b) Os serviços privados de saúde teriam cobertura potencial (real) de aproximadamente 15 milhões de pessoas.

c) A população segurada (efetivamente contribuinte) do IMSS, chegaria a 16 milhões e 296 mil pessoas, o que significaria apenas 20% da população econômicamente ativa e quase 30% daquela efetivamente empregada. A PEA do ano 2010 seria ao redor de 80 milhões de pessoas.

d) O desemprego aberto atingiría algo em torno de 10% e a taxa de subemprego seria aproximadamente uns 20%.

e) No caso do IMSS, os empregadores e os segurados contribuiriam com quase 80% da receita; os empregadores com uma participação próxima aos 70% e os segurados (empregados) com 20%; o Estado contribuiria com 5% e os 5% restantes seriam gerados pelo investimento.

f) O grupo de benefícios governamentais seria igual ao consolidado em 1990. Se apresentaria com déficits crescentes e sistemáticos nos seguros de maternidade, doença e riscos profissionais, e com um desfinanciamento crônico das reservas do programa de aposentadorias.

g) O valor nominal médio das aposentadorias seria equivalente à metade do salário mínimo médio e, em termos reais, não representaria mais do que 50% do mesmo a preços do ano 2000.

h) O custo da seguridade social, mensurado como gasto em relação ao PIB seria em torno de 3%. Os custos de administração se igualariam àqueles da rubrica benefícios financeiros e alcançariam quase a metade dos benefícios em espécie. Se apresentaria uma crise que tenderia a persistir, a menos que a taxa de contribuição crescesse aceleradamente para o programa de aposentadorias, já que o número de aposentados nesse momento e o pouco dinamismo da contribuição poderia simular um estado estacionário.

O cenário alternativo, projetado para o ano 2000, se configuraria a partir dos seguintes aspectos:

a) A estrutura do sistema de seguridade social seria unificada no Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS). Esta instituição cobriria 100% da população. Os benefícios e seguros mínimos seriam: atendimento à saúde, seguro desemprego e benefícios familiares.

b) Os serviços privados de saúde teriam uma cobertura potencial (real) de aproximadamente 10 milhões de pessoas.

c) A população segurada pelo INSS seria de quase 80 milhões de pessoas, ou seja, quase 100% da população econômicamente ativa. O desemprego aberto alcançaria algo em torno de 10% e a taxa de subemprego 15% aproximadamente.

d) Os empregadores e os segurados contribuiriam com aproximadamente 80% da receita do INSS; os empregadores com uma participação próxima a 60% e os segurados com 20% aproximadamente; o Estado com algo em torno de 10% e mais 10% gerados por investimentos.

e) O grupo de benefícios da seguridade social oferecido pelo INSS conteria os seguros e benefícios oferecidos em 1990, com exceção de programas como empréstimos, habitação,e benefícios sociais, mais o seguro desemprego. Este último seria financiado pelo Estado em 80% e pelos empregadores em 20%. O resto dos seguros e benefícios serão financiados em sua maior parte, pelos segurados e empregadores,com algo em torno de 80%, na proporção de um para três. Subsistiria um ligeiro déficit no seguro de maternidade e doença, com tendencia a desaparecer, pela colocação em prática de contratos de subrogação com instituições privadas para o atendimento dos beneficiários desse seguro. O INSS pagaria às instituições contratadas com base em tarifas controladas e quando surgisse um excedente na cobrança, este seria responsabilidade do segurado.

f) O valor nominal médio das aposentadorias seria equivalente a 100% do salário mínimo médio e, em termos reais, 70% do mesmo, a preços do ano 2000.

g) Seria operado um fundo nacional de aposentadorias mantido pelos segurados, de inscrição voluntária. Para a formação do fundo específico do seguro desemprego, se recorreria ao financiamento estatal.

Por outro lado, os autores do estudo em questão (Salazar,op.cit.) levantam uma série de variáveis que contrarrestariam um possível efeito da política de seguridade social sobre a distribuição da renda, tais como: a existencia de uma inestabilidade das finanças públicas; a falta de políticas e mecanismos fiscais eficientes para controlar a mora e a evasão; níveis crescentes de subemprego e desemprego; condições demográficas adversas; baixos níveis de educação e alfabetização entre a população beneficiada e a captura clientelística da qual é objeto.

Pelo lado da ampliação de cobertura, diversos estudos sobre a cobertura do sistema mexicano assinalam que foram dados passos importantes, apesar da lentidão do processo e de problemas de sobreestimação de dados. Outro problema, são as diferenças de cobertura, onde a maior parte da população não coberta se encontra nos estados menos desenvolvidos da república, nos ramos de atividade econômica que consomem trabalho eventual e nos crescentes setores de trabalhadores desempregados, subempregados e o chamado informal.

O acesso aos benefícios também é diferenciado no México. Os benefícios de doença e maternidade são relativamente fáceis de serem obtidos, enquanto o de velhice é difícil. Com respeito à qualidade dos serviços, se pode inferir que ela se viu fortemente deteriorada a partir do incremento dos atendimentos versus a manutenção e/ou diminuição na quantidade e disponibilidade de recursos. Existem diferenças entre o IMSS e o ISSSTE. Neste último, apesar das tendências de descenso, o acesso é mais fácil, o volume de benefícios é maior e se paga melhor pelas aposentadorias.

A rigor, os problemas de regressividade, de insuficiência e heterogeneidade na cobertura, e de acesso diferencial aos benefícios da seguridade social mexicana são comuns para um bom número de países na América Latina, conforme o analisado na primeira parte deste trabalho. No entanto, na análise país a país interessa ressaltar não apenas suas especificidades, mas também evidenciar aqueles traços mais gerais e comuns que caracterizam certos grupos de países.

Ao mesmo tempo em que se apresentam reduções severas ao desenvolvimento social, o gasto social se reestrutura mediante a realocação de recursos de setores como a Seguridade Social para outros setores emergentes, os quais proporcionam simplesmente assistência ou tratam de projetos específicos para atender setores sociais marginalizados, conforme o modelo muito preconizado para a América Latina, de focalização da pobreza.

A dissolução da política social, portanto, não repousa no desaparecimento de instituições de bem-estar social, e sim na retirada gradual de recursos financeiros governamentais, para que essas e outras instituições se mantenham e dependam cada vez mais de fundos privados. O gasto social governamental, conforme as estatísticas, é cada vez menor, tendendo gradualmente a concentrar-se agora em áreas de serviços educativos e de saúde, porém com uma orientação marcadamente assistencialista. Esta se caracteriza pela ênfase em serviços e atenção proporcionados a necessidades específicas e transitórias.

A análise feita por LAURELL (1991), situando especificamente o **setor Saúde** na crise da Política Social, confirma essa perspectiva.

A autora analisa os principais eixos de uma política neoliberal no terreno da política de saúde e de seguridade social. O primeiro deles, o **corte orçamentário** para essas políticas sociais, se constata de forma acentuada nos anos 80. No final da década o orçamento de todas as instituições de saúde era ainda menor que em 1981. Calculado **per cápita**, essa situação se agrava ainda mais: o orçamento do ISSSTE e o IMSS apresentam perdas em torno de 45% no período. O gasto em saúde baixou de 4,7% para 2,7% com relação ao gasto público total; e sua defasagem em relação ao preconizado pela OMS (5% do PIB), se acentúa ao final da década, passando de 1,9% para 1,6%. Outro aspecto importante é de que diante das restrições orçamentárias se privilegiou o gasto corrente, deixando paralisado o gasto em investimentos. Esta tendência foi ainda mais marcada nas instituições de seguridade social. Essa restrição sustentada ao longo do período, não apenas impediu a expansão dos serviços como também provocou sua deterioração paulatina.

Analisando esse corte orçamentário sob a ótica da redistribuição da renda, se observa seu efeito regressivo, na medida em que se transferem maiores recursos estatais para o capital, subtraindo-os do "salário indireto" dos trabalhadores. Este fato pode ser demonstrado quando se compara, a partir do gasto público total, a queda do gasto com desenvolvimento social (de 17,3% para 10,5%) e saúde (de 4,7% para 2,7%) na década com o aumento dos recursos dedicados ao serviço da dívida externa (de 30% para 61%), íntimamente relacionado com os ganhos especulativos do capital ([10]).

Outro eixo da política neoliberal é a **focalização** do gasto público nos grupos mais depauperados, o que no México atinge sua expressão máxima com a fundação do PRONASOL-Programa Nacional de Solidariedade, organização que tem como objetivo explícito canalizar recursos para grupos de extrema pobreza ([11]).

Essa política de focalização vem sendo também instrumentada dentro do próprio **setor saúde**, fixando prioridades institucionais e implementando mudanças nos esquemas de financiamento das diferentes instituições. Dessa forma, os programas e instituições de saúde passam a ter como prioridade explícita o atendimento ao nível básico, ou, à atenção primária de saúde. Isto se expressa em alocações orçamentárias com ritmos diferenciados de recorte e recuperação. O governo federal reduz suas obrigações financeiras com o IMSS e recanaliza seus recursos para a Secretaria de Saúde, tendo em vista o atendimento à população de menos recursos ([12]).

Em termos redistributivos, essa realocação não representa uma redistribuição global da renda social, já que transfere recursos do escasso gasto social, retirando de setores já deficitários, como é o caso do IMSS, para setores mais pobres.

Outra estratégia muito propugnada no México e alhures (vide Brasil), é a famosa **descentralização**. Esta vem sendo impulsionada no setor saúde mexicano desde 1984, e continua sendo um propósito declarado no "Plano Nacional de Desenvolvimento" elaborado pelo Governo Federal para o período 1989-1994. No entanto, mais uma vez uma proposta abstrata e aparentemente atraente, tendo em vista o excessivo centralismo mexicano, apresentou características e resultados com sérios problemas e limitações. Assim, foi decretada unilateralmente pelo executivo para o

subsistema de "população aberta" e sua implementação tem sido vertical e antidemocrática. A "pressa" com que o processo foi implementado não permitiu um adequado preparo técnico e administrativo, o que ocasionou, em diversas situações, o virtual colapso dos serviços. Além disso, seus custos, em função do mau funcionamento institucional, têm sido muito altos.

LAURELL (op.cit.) considera, no entanto, que, dado que a descentralização em sua variante neoliberal é um meio de desestatização que permite instrumentar novos esquemas de produção de serviços e de funcionamento, é provável que esse processo tenha continuidade, uma vez que os ajustes necessários tenham sido feitos.

A política de saúde vigente no México tem criado novos problemas e aprofundado antigos. Essa política, segundo LAURELL (op.cit.), tem trazido as seguintes consequencias:

- o desenvolvimento divergente dos três subsistemas de saúde existentes, reforçando sua separação e abandonando, portanto, uma política de Seguridade Social cujo objetivo seria o de construir tendencialmente uma instituição única de saúde com acesso universal;

- a crescente desigualdade entre os diferentes grupos e classes sociais em termos do acesso real aos serviços e no tipo e qualidade dos serviços disponíveis para cada um deles. A estimativa é de que existem 10 milhões de mexicanos à margem de qualquer serviço. Por outro lado, os serviços públicos de "população aberta" apenas garantem a atenção primária seletiva, sem poder proporcionar serviços do segundo e terceiro nível a todos seus demandantes. A introdução ou o aumento das "quotas de recuperação" cobradas ao utilizá-los, condicionam o acesso à capacidade de pagamento dos usuários;

- a demanda pelos serviços dos institutos de seguridade social aumentou substancialmente (pela expansão, como vimos, das pessoas com direito aos mesmos), sem um incremento correspondente de recursos. Este desequilíbrio entre demanda e recursos fez com que as instituições de seguridade social aprofundassem os obstáculos burocráticos de acesso a seus serviços. Ou seja, ainda que mais mexicanos formalmente tenham direito à essas instituições, existem crescentes dificuldades de acesso aos seus serviços;

- e, finalmente, existe um crescente processo de desqualificação do trabalho no setor saúde, ao qual se acrescenta a deterioração das condições de trabalho, na medida em que aumenta a demanda sem um correspondente aumento de recursos necessários para realizar o trabalho.

Os cortes orçamentários, o autoritarismo, a desqualificação e as más condições de trabalho têm provocado uma acentuada deterioração nos serviços das instituições de saúde, contribuindo para desprestigiá-las frente à sociedade.

Mas não tem sido apenas esse desprestígio das instituições públicas de saúde que tem contribuído para o crescente processo de privatização observado no México. Existe uma sólida base material, verificada pelo crescente peso da medicina privada na última década, bem como pelas margens de lucro obtidas com a mesma. O setor **privado** participa, desde 1983, com mais da metade do produto interno bruto de todos os serviços médicos (públicos e privados). Isto não quer dizer que o mesmo produz um volume de serviços maior e sim que os seus custos são maiores: os preços dos serviços privados cresceram 930 vezes entre 1980 e 1989 em comparação com 470 vezes no setor

público. Por outro lado, o nível de rentabilidade desse setor aumenta, haja visto seu excedente, que aumenta 60% entre 1980 e 1985 a preços constantes e em 1988 está 22% mais alto que em 1980 ([13]).

Apesar das condições atuais de empobrecimento da população, uma série de fatos apoiam a possibilidade de constituição de um novo mercado para o setor privado. A Lei de Seguro Social (1990) estabelece a opção de contratar serviços médicos para os trabalhadores fora do IMSS sempre e quando a patronal e o sindicato o apoiem; havendo neste caso uma reversão da contribuição correspondente. Vista esta opção no contexto de deterioração e deslegitimação dos serviços médicos da seguridade social, pode-se avaliar o quanto ela resulta "tentadora" para os sindicatos. Este esquema de seguros coletivos privados já está funcionando para uma série de categorias e empresas no México.

Finalmente, a última questão relevante para esse problema é a da participação do capital estrangeiro no mercado de seguros aprovada em 1989. Aqui se acrescenta o acordo do livre comércio com os EUA que incluirá também os serviços; ou seja, os serviços médicos privados poderão se transnacionalizar rápidamente.

O resultado de um processo com essas características será um debilitamento profundo dos institutos de seguridade social, já que perderiam o papel motor da expansão dos seus benefícios para toda a população, redirecionando-se para proporcionar serviços a setores de trabalhadores mais pobres e a administrar programas de "caridade pública" no marco de uma política assistencialista.

Outra confirmação do projeto neoliberal (como vimos acima com respeito à estratégia de focalização) é a complementação da política social mexicana - carente de programas de emprego e recuperação salarial e baseada na redução do gasto social - com um programa contra a pobreza denominado **Programa Nacional de Solidariedade (PRONASOL)**. Este programa segue "fielmente" as recomendações dos organismos financeiros internacionais no sentido da promoção de programas contra a pobreza "para amortecer os efeitos socio-políticos do ajuste" ([14]).

O PRONASOL é, segundo ARELLANO (1992), a "versão mais acabada da **neo-beneficiência**. Nele se desenvolve uma relação quase direta entre a figura presidencial e os grupos "pobres" e um manejo discricionário dos recursos, geralmente ligado a interesses eleitorais. Se edita assim um populismo de novo tipo que não interfere com o desenvolvimento do projeto modernizador e que, simultâneamente, mediatiza o descontentamento social exacerbado nos últimos anos pela deterioração das condições de vida da maior parte da população. A intervenção do Estado se produz por demandas populares, mas os benefícios são materializados como privilégios ou concessões e não como direitos. Se reforça a existencia de **diferentes cidadanias versus a cidadania universal.**" ([15])

A versão por parte do governo do PRONASOL fica bem caracterizada na intervenção feita por A.WARMAN, Diretor Geral do Instituto Nacional Indigenista do México, na 1a. Conferência Regional sobre a pobreza na América Latina e Caribe (PNUD,1990). O Programa se concebe como "a soma do esforço do Estado e dos recursos da nação à iniciativa dos pobres do país para superar produtivamente sua própria condição" ([16]). No Programa se estabelecem três grupos prioritários: os grupos indígenas, os camponeses da zona de agricultura aleatória e temporária, e os colonos das

zonas urbanas ou colonos populares, identificados como habitantes das periferias ou favelas em outros lugares da América Latina. O Programa pretende priorizar o enfrentamento da "pobreza crítica" que afeta a 17 milhões de mexicanos, um pouco mais de 20% da população total.

O Programa estabelece quatro "princípios essenciais":

- o "respeito absoluto às iniciativas e formas de organização dos grupos pobres";

- a "intervenção irrestrita dos participantes em todas as fases do projeto, do planejamento à execução e de maneira muito importante à evaluação final";

- a "co-responsabilidade. Os recursos públicos não significam a totalidade do investimento. Os recursos dos próprios participantes são uma parte fundamental deste programa. A mistura destes recursos se faz através de convênios específicos ...";

- e a "transparência no manejo dos recursos" ([17]).

No entanto, apesar do lugar privilegiado no discurso e no programa social do governo mexicano, o PRONASOL dispõe de poucos recursos: seu orçamento representava apenas 0,40% do PIB em 1990 contra 0,72% dedicado à rubrica equivalente ("Solidariedade e Desenvolvimento Regional") em 1982. Isto representou uma perda de recursos da ordem de 48,8% entre 1982 e 1990. Por outro lado, com relação ao restante do gasto social do governo federal o PRONASOL adquire um lugar privilegiado, já que seu orçamento cresce 64% em 1989 e 95% em 1990; enquanto que o orçamento dos demais programas federais apresentam crescimento de apenas 4% em 1990 ([18]). Ou seja, os programas institucionais dirigidos ao conjunto da população se encontram virtualmente estancados, enquanto o orçamento de manejo discricionário do Executivo (sua "caja chica") recebe recursos adicionais.

O PRONASOL inclui um programa de "bem-estar social", mas também opera programas dirigidos à produção e à infraestrutura. Neste sentido, não está desenhado para garantir um "piso social básico", já que incursiona por vários terrenos que estavam a cargo de outras áreas, como por exo. do orçamento de desenvolvimento agropecuário (o qual em 1990 estava 63% mais baixo do que em 1982). Essa grande dispersão de fundos do PRONASOL leva a que cada um dos programas de bem-estar social receba escassos recursos. Como por exo., o valor destinado à educação incrementa o orçamento público de educação básica em menos de 5%; o de saúde acrescenta menos que 2% ao orçamento público do setor; os recursos para habitação nem sequer chegam a 1% do orçamento público regular nesta rubrica ([19]). Ou seja, apesar do considerável crescimento da pobreza e da pobreza extrema no mesmo lapso de tempo, hoje são dedicados **menos recursos** aos programas para combatê-la.

QUADRO II*
EVOLUÇÃO DO ORÇAMENTO DE SOLIDARIEDADE E DESENVOLVIMENTO REGIONAL

Anos	Pesos de 1982	% Perda	% Gasto social fed.	% do PIB
1982	70.4	-	17.9	0.72
1988	11.2	84.4	6.5	0.14
1989	18.4	73.9	9.4	0.21
1990	36.0	48.8	16.4	0.40

Fonte dos dados: "Tercer Informe de Gobierno...", op.cit.
* Quadro elaborado pela autora, 1994.

Ficam evidentes as intenções "extra-sociais" do PRONASOL localizadas exclusivamente no terreno político partidário, ou melhor, a favor do partido do governo. O governo federal manipula, de forma discricionária, sem nenhum obstáculo institucional,seus recursos; e o acesso aos mesmos está condicionado à inscrição em um "Comitê de Solidariedade". Esta combinação, portanto, permite ao executivo federal decidir quem tem acesso ao Programa e dispor de um mecanismo que lhe permite exigir contraprestações aos comitês, como por exo. o voto no partido oficial. "Sobre estas bases se está construindo um clientelismo político que se consolida como estrutura neocorporativa da sociedade informalizada" ([20]).

Ainda sobre o PRONASOL, MERLIN (1992) afirma que este programa "demoliu os restos que ainda sobram da Administração Pública no México" ([21]), já que o mesmo substituiu o que restava dessa administração por uma estrutura paralela, personalizada, com atribuições concentradas e alheia às possibilidades reais de fiscalização por parte da população alvo, carente também de instrumentos jurídicos que possam controlar efetivamente os resultados do programa.

Na realidade essa situação da administração pública mexicana, em condições de "prostração e improdutividade", é o resultado de "longos anos de absolutismo político, de antidemocracia e feudalização da atividade administrativa" ([22]).

Sacrificou-se a formação de uma Administração Pública profissionalizada na medida em que entrava em choque com os propósitos dos vários governos que seguiam a mesma política. Some-se a isso o fato de que o Setor Público, particularmente na área social, foi submetido também a sérias restrições orçamentárias, como se pode constatar através dos dados apresentados até aqui.

O caráter "inovador" do PRONASOL, exaustivamente repetido não só pelo governo mexicano mas por diversos autores e inclusive por outros governos latinoamericanos (como o brasileiro), cai por terra com a simples comparação com outros programas sociais efetivados no México, também chamados de "solidariedade".

Um exemplo desses programas é o COPLAMAR, do governo López Portillo, o qual, junto com o SAM (dirigido ao desenvolvimento da pequena produção na área rural), efetivamente eram programas com mais impacto sobre a pobreza que o PRONASOL. No entanto, ambos foram cortados no início do governo de Miguel de la Madrid (1982), dentro da mais estrita lógica

neoliberal de "disciplina orçamentária" imposta pelo então secretário C.Salinas de Gortari, atual presidente do México e propulsor-mor do PRONASOL.

O COPLAMAR também era essencialmente um programa contra a pobreza, sendo promovido por um Estado "proprietário" e financiado por recursos das receitas petrolíferas mexicanas (ou seja, provenientes da empresa estatal PEMEX). Em 1982 seu orçamento correspondeu a 1,4% do PIB (o equivalente a 5.6 bilhões de pesos em 1989, valor bem superior aos 2.6 bilhões destinados ao PRONASOL em 1990). Seus programas se caracterizavam por ser implementados por secretarias ou entidades paraestatais, o que lhes dava um caráter institucional, diminuindo seu manejo discricionário por parte do Presidente (o que não exclui que fosse utilizado em casos de conflitos sociais). Os programas básicos do COPLAMAR eram os de saúde (IMSS-COPLAMAR); alimentação (CONASUPO-COPLAMAR); água potável, habitação e caminhos rurais (SAHOP-COPLAMAR); educação (SEP-COPLAMAR); e de geração de emprego ([23]).

Ou seja, além de trabalhar sempre em parceria com a instituição pública correspondente à área de atuação, trabalhava com algo semelhante a um piso social básico do ponto de vista das necessidades. Mesmo que suas ações estivessem focalizadas nos mais pobres (como o PRONASOL), **simultâneamente se estavam expandindo os programas regulares de bem-estar social.**

A estratégia a ser ressaltada, a nosso ver, nessa experiência, é o fato de que os diversos programas estavam integrados às diversas instituições públicas das respectivas áreas, o que fazia com que, tendencialmente, pudessem ser absorvidos pelos programas regulares das mesmas. Um exemplo disso foi a integração COPLAMAR-IMSS (órgão da Seguridade Social Mexicana), cujo programa de extensão de cobertura, originalmente seletivo, foi construído de tal maneira que se integrou sem dificuldades à infraestrutura sanitária regular. Ou seja, apesar de estar dirigido à população mais carente e não incluir todos os benefícios da seguridade social, não se afastou da idéia constitucional de garantir os direitos sociais a todos os cidadãos.

Já o PRONASOL, pelo contrário, não possui esse caráter programático de "piso social básico", por juntar uma miscelânea de programas (como os microprojetos produtivos), nem se inscreve em uma perspectiva de extensão dos benefícios da seguridade social a toda a população. Além disso, abandona o caráter universal e gratuito, já que propõe que parte dos custos dos programas devem ser absorvidos pelos beneficiários, o que no mínimo se coloca como problemático por se tratar de uma clientela de extrema pobreza que não consegue sequer atender suas próprias necessidades básicas de alimentação. Por outro lado, o PRONASOL tampouco se constitui numa política social de expansão como se constata, por um lado, pelo seu escasso orçamento, e por outro pela tendencia à crescente privatização da produção de serviços básicos. Isto significa também que um dos eixos da política social dirigida ao resto dos trabalhadores, já empobrecidos pelos efeitos da política econômica, consiste em delegar-lhes a responsabilidade financeira da satisfação de suas necessidades de saúde e de educação (apesar do fato de que esses trabalhadores continuam pagando impostos indiretos ao consumir produtos para a sua subsistência).

NOTAS

(1) "Tercer Informe de Gobierno, Poder Ejecutivo Federal, México,1991; in Laurell,1992a, p.8
(2) id.ibid.
(3) Laurell,1992b, p.21
(4) ibid.p.57
(5) ibid.p.58
(6) Ayala e Schaffer,1991
(7) Perez,1992,p.236
(8) ibid.p.245
(9) Salazar,1991, p.55
(10) Laurell,1991, p.20-21
(11) ver análise detalhada do PRONASOL logo adiante.
(12) ver Laurell,op.cit.
(13) ibid.p.27
(14) Levy,S. "Poverty Alleviation in México" Working Papers, World Bank, 1991; in Laurell,1992a, p.9
(15) Arellano,1992, p.168. Os grifos são nossos.
(16) PNUD,1990, p.197
(17) ibid,p.198
(18) ver Laurell,1992b
(19) Laurell,1992a, p.9
(20) id.ibid.
(21) Merlin, 1992, p.26
(22) id.ibid.
(23) ver artigo "Reforma del Estado, Politica Social y Pronasol" na Revista CONYUNTURA "1990: Situación Nacional (balance y propuestas)", México,s/d.

CAPÍTULO I: (CONT.)

8.3 - Alguns traços da política social na Argentina

Em estudo feito sobre as políticas econômicas e sociais implementadas na Argentina durante o período 1976-1983, MARSHALL (s/d) afirma que "o impacto da política econômica sobre a situação dos trabalhadores foi indiscutívelmente regressivo, e as políticas sociais, referidas à regulação dos serviços sociais do estado e à seguridade social, em geral reforçaram esta tendência." "A política de trabalho pretendeu diminuir a renda dos trabalhadores e sua capacidade de consumo, aprofundar a heterogeneidade dos assalariados, desmantelar o sistema centralizado de negociação salarial e socavar o poder econômico e político dos sindicatos. E assim como a redução do salário assegurava a diminuição da participação dos assalariados na renda e no consumo, as reformas tributárias e a seguridade social não apenas protegeram a renda dos não assalariados com medidas de isenção impositiva, como também agravaram a queda da renda disponível dos trabalhadores e levaram a sua mínima expressão as transferencias de recursos do capital ao trabalho -transferencias que já eram escassas - ao eliminar vários dos "encargos sociais" que recaiam formalmente sobre as empresas" ([1]).

A política social, nesse contexto, em lugar de tentar compensar o declínio na capacidade de aquisição dos salários com benefícios "coletivos", apenas incrementou a participação dos assalariados no financiamento dos benefícios sociais, bem como acrescentou as transferências de recursos no interior do setor assalariado. Este último movimento se viu facilitado pela própria política salarial, que propiciou a crescente diferenciação dos ingressos dos trabalhadores.

Outro aspecto a ser destacado é que o impacto das políticas econômicas e sociais aplicadas no período referido (1976 -1983) manifestou-se em parte durante o mesmo, mas também extendeu-se no tempo. Muitos dos efeitos mais profundos dessas políticas manifestaram-se depois de 1983, posteriormente ao início do governo constitucional. Ainda na segunda metade da década de 80, os fatores determinantes das condições socio-econômicas dos trabalhadores, emprego e salários, assemelhavam-se mais aos definidos durante o regime militar do que aos parâmetros históricos: o legado do regime de "reorganização nacional" ainda não havia revertido ([2]).

A dinâmica de financiamento do gasto público em geral, e do gasto da seguridade social em particular, de modo geral fez recair sobre os trabalhadores uma parcela importante do custo dos benefícios e serviços coletivos. A política social neoliberal aprofundou visívelmente essa tendência, mas, no caso argentino, não se pode afirmar que obteve um "sucesso total" em seus propósitos: estes entraram em choque com as próprias condições estruturais geradas pela aplicação da política econômica. Assim, o estancamento do emprego assalariado e o incremento de um desemprego que se manifestava como inatividade trabalhista, junto com a contração do salário em termos absolutos e relativos, constituiram obstáculos que impediram o êxito do modelo de financiamento da seguridade social, baseado precisamente nos assalariados. As novas regulações se concretizaram, mas vieram acompanhadas de maiores desequilíbrios no sistema e da deterioração em seus benefícios. Por outro lado, a própria diminuição dos gastos de consumo dos trabalhadores se transformou na restrição mais importante à sua capacidade contributiva "indireta" para a arrecadação tributária geral.

O sistema de seguridade social argentino era composto por uma rede de obras sociais, destinadas principalmente ao cuidado da saúde; pelo sistema previdenciário para a velhice, invalidez e morte; e pelo regime de benefícios ("asignaciones") familiares. Também era usual incluir o FONAVI ("Fondo Nacional de la Vivienda") cujos recursos em geral provinham de contribuições empresariais. No que diz respeito, portanto, a sistemas de manutenção da renda a Argentina contava apenas com seu sistema previdenciário. Existiam, além disso, um conjunto de dispositivos, a cargo do empregador, que protegem o trabalhador do desemprego (indenização por demissão injustificada), e dos acidentes de trabalho. Apesar de constituir-se em um sistema de proteção ante riscos, seus fundos não estão geridos pelo Estado, e portanto não forma parte do sistema de seguridade social próprìamente dito.

Com poucas exceções, a seguridade social argentina se dirige à proteção dos trabalhadores assalariados. Nos seus tres subsistemas principais -previdência para velhice, obras sociais (saúde) e benefícios familiares- o Estado, foi assumindo crescentemente as funções de gestão e controle, começando por legalizar, e depois extender para setores mais desprotegidos da sociedade, as obrigações e direitos, tendendo a homogeneizar benefícios e prestações, bem como condições de financiamento em cada área da seguridade social. Nos dois casos em que as contribuições empresariais haviam sido inicialmente produto de conquistas sindicais, as obras sociais e os benefícios familiares, o estado concluiu por retirá-los totalmente da esfera da negociação coletiva.

O regime de **benefícios familiares** se encontra a cargo exclusivo das empresas e beneficia únicamente aos trabalhadores assalariados. O aporte empresarial é proporcional à folha de salários, e existe um mecanismo sob controle do Estado - as Caixas de Subsídios Familiares - que assegura a circulação dos fundos entre empresas. Estes benefícios, portanto, inicialmente diferenciados pela atividade econômica, uma vez sob regulação estatal se converteram, ao estarem fixados em valores absolutos, em instrumento que podia atenuar a heterogeneidade dos salários entre os trabalhadores.

Dessa forma, os benefícios familiares, ainda que muito variáveis em termos reais, **contribuiram para impedir uma queda mais aguda da renda, em particular dos trabalhadores com menores salários, em períodos de estrito controle salarial e rápida deterioração do poder aquisitivo**. O peso no salário total do conjunto de benefícios familiares que podem considerar-se básicos por seu caráter regular (mensal) varia entre atividades econômicas e categorias de trabalhadores, sendo sempre maior, evidentemente, em termos proporcionais, para aquelas onde o salário é mais baixo. Em última instância, os subsídios familiares implicam numa redistribuição da renda entre assalariados, dos solteiros para os casados com filhos, e da população (que não recebe os referidos subsídios) para os assalariados com família; todos, como consumidores, pagam parte do valor desses benefícios embutida nos preços dos bens e serviços. Também existe um processo de redistribuição entre as empresas, já que cada uma delas aporta para um fundo comum em função de sua folha salarial e não do pessoal casado e com filhos que emprega.

Até meados da década de 80 (período de disponibilidade dos dados), o sistema de benefícios familiares gerava superávit, ao mesmo tempo em que esses subsídios iam perdendo valor com relação ao salário, chegado a representar em 1982 um valor ínfimo (3,7% do salário total de um

operário industrial). Esse excedente, portanto, é produto do baixo valor dos benefícios. Esta situação foi atribuída à restrição que enfrenta o Estado, como empregador, para abonar benefícios mais altos, em um contexto em que se pretende reduzir o gasto público. A uniformidade legal entre o setor privado e o estatal com relação ao valor do subsídio familiar teria estendido a limitação orçamentária do setor público aos assalariados da área privada ([3]).

O sistema previdenciário para a velhice, invalidez e morte, por outra parte, cujas contribuições se homogeneizaram legalmente a partir de 1973, foi controlado pelo Estado desde sua criação. Este sistema, com uma estrutura administrativa dispersa, tem como contrapartida uma forte concentração de filiados, receitas e benefícios nas tres Caixas nacionais coordenadas pela Secretaria de Seguridade Social.

O sistema previdenciário argentino possuía no período analisado por MARSHALL (op.cit.), 1976-1983, as seguintes características básicas:

- excluía de sua proteção a população que não contribuiu para o sistema, com exceção de um volume insignificante de aposentadorias não contributivas;

- o Estado não participava formalmente, até 1981, no financiamento do sistema, o que acentuava seu caráter excludente. Quando passa a participar do financiamento com fundos originados em recursos tributários gerais, não o faz com o objetivo de garantir uma renda básica e homogênea para toda a população em idade avançada, senão que para substituir fundos que eram providos até então pelas contribuições empresariais, prosseguindo na manutenção do sistema pré-existente de exclusão da população não-contribuinte.

O caráter regressivo do sistema previdenciário argentino pode ser constatado em três momentos de sua evolução: antes de 1980, quando as contribuições empresariais eram transferidas, ao menos parcialmente, ao consumidor; posteriormente, a partir de 1981, quando se destinam ao sistema fundos abertamente originários de impostos que taxavam o consumo; e na atualidade, em que se combinam ambas as situações: o sistema está financiado em parte por uma população à qual não protege, e que inclui o setor de baixa renda. Diversos estudos fornecem subsídios acerca do caráter regressivo, ou, no melhor dos casos, neutro, do sistema previdenciário com relação à distribuição da renda na Argentina. Essa característica se deve à incidência das contribuições, aos efeitos indiretos das contribuições empresariais e à própria distribuição dos benefícios previdenciários, que em geral teriam reproduzido o padrão na distribuição pessoal ou familiar da renda. MESA-LAGO,1978 ([4]), supunha que na Argentina os benefícios previdenciários se distribuiam proporcionalmente à renda. Se isto era verdade, a incidência líquida do sistema previdenciário teria sido fortemente regressiva. Por outro lado, SCHULTNESS(1985), em estudo de 1982, mostra que a população situada nos dois níveis inferiores de renda familiar detinha 19% da renda. Esse mesmo grupo contribuia com proporção semelhante para a receita previdenciária, mas recebia 23% dos benefícios. Essa ligeira "progressividade" seria devido ao processo de "achatamento" que vêm experimentando as receitas previdenciárias como consequencia da crise de financiamento do sistema. Esta peculiar forma de "redistribuição para baixo" se confirma pelas análises da distribuição das receitas previdenciárias por níveis de ingresso a partir de dados da Subsecretaria de Seguridade Social ([5]).

A política de financiamento da seguridade social argentina, sob o regime militar, caracterizou-se, entre 1976 até final de 1980, pelo propósito de maximizar o deslocamento do custo do sistema para os assalariados, com as correspondentes elevações de suas contribuições previdenciárias e com a cobrança direta dos benefícios aos filiados. Ao final de 1980, implementaram-se dois projetos de reforma, já transformados em lei: um dirigido à modificação da estrutura de financiamento do sistema previdenciário e o outro destinado às obras sociais (saúde). Em ambos o objetivo central era a "redução dos custos trabalhistas" para as empresas; além do propósito, naturalmente, de erradicar a influência dos sindicatos sobre a administração das Caixas e das Obras Sociais. O objetivo das reformas da Seguridade Social ficava claro em um informe do Ministério da Economia:..."eliminar as excessivas cargas sociais e impostos sobre o trabalho não recebidos em efetivo pelos trabalhadores; o ineficiente regime de benefícios médico-assistenciais à população administrado pelos sindicatos, receptores de quantiosos recursos públicos dirigidos ao sistema cujo manejo deu lugar a abusos e corrupção...". Na nota que acompanhou o projeto de reforma do financiamento do sistema previdenciário se afirma que "...através de tais modificações, se espera lograr uma importante diminuição dos custos para as empresas (que) melhorará sua competitividade e ao mesmo tempo eliminará um impedimento para a contratação de mão de obra... possibilitando assim a manutenção do nível de plena ocupação" ([6]).

No caso das obras sociais esse objetivo não teve senão um êxito muito parcial, já que foram mantidas as contribuições patronais de 4,5% sobre a folha de salários, revogando-se apenas a disposição que obrigava os empregadores a aportar um adicional sobre o salário anual complementar. A legislação sobre obras sociais pretendia estimular a "livre escolha" dos serviços de atendimento, e, de fato, incentivar a privatização da atenção médica dos trabalhadores para o qual práticamente se eliminou a compulsividade da contribuição pessoal, permitindo-se aos assalariados optar por uma contribuição reduzida a 10% da contribuição original, no caso em que preferissem não utilizar a obra social (o qual parece não ter ocorrido salvo ocasionalmente). Simultâneamente, os filiados que continuaram optando pelo atendimento da obra social, tiveram aumentadas suas contribuições ao sistema de 2% para 3% de seus salários.

No caso do sistema previdenciário, ao contrário, foram suprimidas as contribuições empresariais , substituindo-as por fundos originados nos impostos em detrimento dos recursos fiscais destinados às províncias. Esta reforma, portanto, incluia uma modificação no sistema tributário, ao ser incluido, também, o imposto sobre o valor agregado de bens de consumo popular, como alimentos e medicamentos, até então isentos. O objetivo de incrementar a arrecadação tributária, no entanto, não foi logrado no nível esperado.

Os efeitos das reformas da Seguridade Social argentina no período 1976-1983 podem ser analisados desde vários pontos de vista. Se por um lado a eliminação das contribuições dos empresários ao sistema previdenciário (bem como ao sistema habitacional), a partir de fins de 1980, representou verdadeira redução nos custos trabalhistas das empresas, este efeito difícilmente teve impacto redutor sobre a evolução dos preços ao consumidor, dado o processo de acelerada inflação pelo qual passava a Argentina. Ainda quando o salário apresentava certa recuperação em 1981, a

reforma na estrutura de financiamento dos sistemas previdenciário e habitacional retroagiu o nível dos custos trabalhistas unitários, segundo estimativas referidas à indústria manufatureira. Em 1982 e 1983 os custos trabalhistas unitários da indústria chegaram a níveis ainda inferiores, posto que, à eliminação dos "encargos sociais" se agregou nova retração salarial ([7]).

Conclui-se que, não obstante essa diminuição dos custos trabalhistas unitários seu impacto sobre a evolução dos preços industriais parece ter sido **nulo**. Outros foram os fatores de forte influência sobre a determinação dos preços: custos de outros insumos para a produção, custo financeiro e as próprias expectativas inflacionárias. Existia ainda o possível efeito sobre os preços da substituição das contribuições dos empresários pela extensão do imposto sobre o valor agregado, sobre o qual, no entanto, não se dispõe de estimativas.

Em termos de impacto da reforma previdenciária, portanto, seus efeitos foram sentidos pelos assalariados e pelos próprios aposentados, em termos de uma contração ainda mais pronunciada de sua capacidade aquisitiva real no curto prazo, já diminuída pelo aumento dos descontos para o sistema de seguridade social. Este aumento das contribuições pessoais dos assalariados se traduziu inequívocamente em aumento de sua participação no financiamento do sistema. Entre 1971 e 1981, os assalariados e aposentados do setor privado aumentaram sua contribuição de 66% (quando este aporte se encontrava em um dos seus pontos mais baixos) para 95%; financiando, portanto, quase a totalidade do custo dos benefícios previdenciários que recebiam. Essas contribuições quando representavam 5% do salário em 1971, financiavam 29% dos benefícios; em 1981, com contribuições equivalentes a 11% do salário, sua participação chegou a 62% ([8]).

No caso das obras sociais, onde o "subsídio" que recebem os assalariados do resto da sociedade foi sempre muito mais significativo que no sistema previdenciário, as contribuições pessoais dos trabalhadores em 1971 (1% do salário) cobriam 13% do custo dos benefícios. Dez anos depois, com o incremento das contribuições para 3%, sua participação nos custos práticamente duplicou, chegando a 24% ([9]).

Em análise mais recente sobre o **financiamento** do Sistema de Seguridade Argentino, este se baseia na contribuição obrigatória de trabalhadores e empregadores, atualmente fixada em 10% e 16%, respectivamente, incidentes sobre os salários. Os trabalhadores autônomos, por sua vez, contribuem com um valor estipulado de acôrdo com o tipo de tarefa desenvolvida e o tempo de serviço. SCHULTNESS, 1990 ([10]), estima que a contribuição dos autônomos corresponda a cerca de 6,7% do salário médio nacional.

Os demais sub-sistemas que compõem o sistema de proteção social do país também são financiados por contribuições sobre salários dos trabalhadores e empregadores. Dessa forma, o primeiro grupo contribui também para as obras sociais (3%) e para o INSSJyP (3%), que é o serviço de assistência médica exclusivo dos aposentados e seus dependentes. Estas alíquotas somadas com a do SNPS, totalizam um desconto sobre seu salário da ordem de 16%. Por outro lado os empregadores, além das obras sociais (6%) e do INSSJyP (2%), contribuem também para os benefícios "Asignaciones" familiares (7,5%) e para o Fundo Nacional de Emprego (1,5%). O encargo sobre a folha de salários totaliza assim 33% ([11]).

Com relação à carga tributária nacional, os recursos advindos dessas contribuições representavam importante parcela em 1988: 37%. Os impostos sobre transações correspondiam a 40% e os impostos sobre renda e patrimônio alcançaram cerca de 19%. Nesse mesmo ano, a carga tributária foi de 26,5% do PIB, enquanto que as contribuições sobre salários representaram 9,8% ([12]).

Além das receitas de contribuições, o SNPS recebe também recursos provenientes do sistema tributário: 11% da arrecadação do imposto sobre valor agregado (IVA); a totalidade do imposto sobre bens pessoais não incorporados ao processo produtivo; 15% dos recursos partilhados com as Províncias; e 20% das receitas do imposto de renda. Além desses recursos, a partir de 1988 se estabelece uma vinculação das receitas de impostos sobre bens públicos,(como combustíveis, gás e telefone). Várias mudanças sobre estes últimos impostos foram determinadas pelo governo nos últimos anos (como se verá adiante). Passou a ser destinado à previdência, por exemplo, os recursos do Tesouro recebidos a partir do processo de privatização da YPF (petróleo). Além disso, existe também um compromisso por parte do Tesouro Nacional em socorrer o sistema previdenciário em situações de déficit, o que de fato vem ocorrendo nos últimos anos. Estes recursos são solicitados diretamente ao Tesouro ou se recorre a adiantamentos a descoberto pelo Banco Central, pagos posteriormente com receitas do próprio sistema ou pelo Tesouro Nacional ([13]).

A estrutura da receita do SNPS em 1988 mostrava uma participação majoritária das receitas provenientes da folha de salários, com 72% dos recursos totais da previdência. A seguir estão as transferências do Sistema Tributário, com 23% das receitas do sistema.

Em termos de evolução da receita, observa-se a redução das receitas próprias do sistema, básicamente proveniente de contribuições sobre folha de salários, extremamente sensível aos ciclos econômicos. Acompanhando essa evolução das contribuições, fica evidente o papel compensatório dos recursos tributários, que se elevam quando as contribuições diminuem e vice-versa. Entre as contribuições, a dos autônomos apresenta uma redução substantiva no período.

ESTRUTURA DA RECEITA DO SNPS (em % sobre o total)

RECEITAS/ANOS	1980	1984	1988
Próprias do Sistema	85,1	54,4	74,5
Folha salarial	77,6	50,1	71,6
Contrib.autônomos	7,4	4,3	2,9
Juros	0,1	0,0	0,0
Outras Fontes	14,9	45,6	25,5
Receitas Sist.Tribut.	10,6	43,1	23,3
Transfer.doSSS	4,2	2,4	1,6
Outros	0,1	0,1	0,6

Fonte: Schulthess,1990 ([14])

Quando se avalia a evolução da relação receitas/despesas no período 1974-1988, fica evidente a situação deficitária do sistema na maior parte dos anos, que se agrava entre 1981 e 1985, iniciando uma recuperação a partir de 1986. No final do período, a receita do SNPS cobre 70% dos gastos previdenciários. No entanto, os autores deste mesmo estudo, AZEREDO E GOLDENSTEIN (op.cit.), fazem questão de frisar que "as necessidades de financiamento que surgem da comparação entre receitas e gastos não são as reais, uma vez que o SNPS não paga os benefícios estipulados legalmente e acumula dívidas" ([15]).

Diversas mudanças nas fontes de receita foram feitas por diferentes governos nesse período, sem que no entanto se lograsse uma situação estável de equilíbrio. Os recursos tributários, como vimos acima, sempre desempenharam um papel importante na sustentação do sistema, chegando a participar em 1990 com pouco mais de 1/3 de suas receitas totais ([16]). Já em 1991, o governo promoveu modificações importantes na destinação dos impostos sobre bens públicos: o tributo sobre chamadas telefônicas foi extinto, em função do processo de privatização e as receitas dos impostos sobre combustíveis foram destinadas ao FONAVI (Sistema de Habitação) para compensar o desvio da contribuição de 5% sobre a folha de salários por parte dos empregadores para a previdência. No mesmo ano determinou-se a destinação para o sistema SNPS de 11% da arrecadação do IVA; a totalidade do imposto sobre bens pessoais não incorporados ao processo produtivo; 20% dos impostos sobre o lucro; 15% do conjunto de receitas partilhadas com as Províncias; e os recursos gerados pelo processo de privatização da YPF ([17]).

Vale ressaltar, mais uma vez, que essas dificuldades financeiras podem ser explicadas em boa medida pela crise econômica que o país atravessou durante a década de oitenta. Esta crise foi marcada, tal como em diversos países latinoamericanos, pelo estrangulamento da capacidade de financiamento do setor público, pelo desequilíbrio nas contas externas e pelo processo inflacionário; além das manifestações que afetam diretamente a receita previdenciária, como a redução do emprego, o aumento da informalização do mercado de trabalho, e a queda acentuada no nível de salários da economia.

Os efeitos da dinâmica demográfica, também semelhantes nos países pioneiros em matéria previdenciária na América Latina, se traduzem no envelhecimento da população com o consequente aumento do número de dependentes do sistema previdenciário argentino.

Outro problema comumente encontrado nos sistemas de seguridade social latinoamericanos, e o argentino não é exceção, é a evasão de recursos decorrente do não cumprimento das obrigações previdenciárias. Segundo estimativas de SCHULTHESS, 1990 ([18]), do total de contribuintes em potencial , cerca de 30% não aportam regularmente ao sistema. Assim como na cobertura, esta proporção varia segundo o tipo de ocupação: uma evasão de 20% na indústria, no comércio e nos serviços, chega a quase 60% na área rural e no setor doméstico. No caso do subsistema dos autônomos a situação de evasão é particularmente grave, já que em 1990 cerca de 62% desse contingente de trabalhadores não contribuiam para a previdência social ([19]). Além de ter aumentado

bastante nos últimos anos, a taxa de evasão da receita previdenciária é superior à observada para os demais tributos.

O governo empreendeu diversas tentativas de incrementar as receitas: as alíquotas dos empregadores foram aumentadas bem como as contribuições dos trabalhadores; as regras de contribuição para os trablhadores autônomos foram alteradas; buscou-se a utilização de outras receitas do sistema tributário; e proibiu-se a transferência de fundos entre as distintas caixas e os déficits passaram a ser integralmente cobertos com aportes do Tesouro Nacional.

Pelo lado das **despesas** do SNPS também podem ser observados desequilíbrios. O gasto previdenciário apresentou redução superior àquela verificada nos salários da economia, o que trouxe como resultado uma deterioração acentuada no valor dos benefícios pagos pelo sistema. Um dos problemas, mencionado anteriormente, são as regras de reajuste do sistema que se mostram sempre defasadas frente à inflação. Além da significativa perda no valor real dos benefícios, houve também um achatamento na estrutura de valores das aposentadorias. Os dados disponíveis para 1991 apontam que 67% dos benefícios pagos aos aposentados do setor privado representam apenas o pagamento mínimo ([20]). Esta proporção seguramente é bem maior hoje, já que desde setembro de 1992 as aposentadorias não são mais reajustadas. A situação de perda é muito mais acentuada para os trabalhadores autônomos, cuja imensa maioria sempre recebeu apenas o benefício mínimo.

QUADRO I - COMPOSIÇÃO DO GASTO PÚBLICO SOCIAL - 1988

GASTO SOCIAL	US$ milhões	% sobre total	per capita (US$)
TOTAL	15.343	100,0	489
Prev.Social	4.891	31,9	156
Saúde (1)	4.536	29,6	145
Educação	3.502	22,8	112
Habitação	894	5,8	29
Ben.Familiares(2)	855	5,6	27
Assist.Social	665	4,3	21

Notas: (1) Inclui as despesas das obras sociais, equivalentes a 60% do gasto público com saúde.
(2) Refere-se às chamadas "Asignaciones Familiares".
Fonte: Lo Vuolo,set/91 (28)

Em 1991, o governo promoveu uma consolidação da dívida previdenciária mediante a entrega de títulos públicos. Nesse momento, o montante da dívida (estimado em US$ 7,5 bilhões) era superior à arrecadação anual do SNPS e, segundo informações recentes, após sua consolidação a dívida continuou a crescer o equivalente a 35% da arrecadação mensal do SNPS ([21]).

Embora sem um consenso sobre a solução desses problemas, o Executivo argentino enviou ao Congresso um projeto de reforma da Previdência, o qual foi aprovado pela Câmara dos Deputados e enviado ao Senado.

Antes de apresentar o **projeto de reforma da previdência** ao Congresso Nacional em junho de 1992, o Executivo implementou uma série de mudanças que contribuiriam para o processo de reformulação do referido sistema.

De caráter mais geral foram feitas mudanças nomercado de capitais e no sistema tributário, e foi promulgada a lei de consolidação dos passivos previdenciários, mediante a qual o Estado pretendia pagar as dívidas acumuladas com os aposentados até março de 1991.

As modificaçõe internas ao sistema foram feitas a partir do decreto de desregulação que criou o Sistema Único de la Seguridad Social (SUSS). Este sistema ficou incorporado ao Ministério do Trabalho, o qual assumiu as funções anteriormente afeitas às Caixas de benefícios familiares, do antigo INPS, além do sistema de prestações para os desempregados criado em 1991. Além disso, foi instituída a Contribuição Única de Seguridade Social (CUSS), a qual absorveu, sob a forma de contribuição única, todas as contribuições sobre salário destinadas a financiar o SNPS, o INSSJyP, as Caixas de benefícios familiares, o seguro de saúde, o regime nacional de obras sociais e o Fundo Nacional de Emprego. Com esta última mudança, ficou centralizada a arrecadação nas mãos do govêrno, o qual passará a efetuar os repasses às diversas instituições de fundos de pensão, o que permitiria uma melhor fiscalização.

A **proposta de reforma previdenciária** apresentada pelo Executivo em junho de 1992, após debates nas Comissões de Orçamento e Finanças e de Previdência Social, com a participação de inúmeras organizações, foi aprovada pela Câmara de Deputados em maio de 1993. Esta versão do projeto, após sucessivas mudanças, difere bastante da enviada pelo governo. As principais características do **Projeto aprovado pela Câmara** são: ([22])

- o sistema será composto por um regime de repartição público e um regime de capitalização optativo. Este último ficará a cargo de instituições privadas e de uma administradora estatal de fundos de aposentadorias e pensões sob a responsabilidade do "Banco de la Nación Argentina";

- o sistema público será responsável pela "Prestación Básica Universal" (PBU), a qual é garantida àqueles que tenham atingido a idade para a aposentadoria e tenham contribuído a algum sistema durante pelo menos trinta anos. O valor inicial do benefício corresponderá a **27,5% do salário médio da economia**, podendo ser incrementado em 1% do aporte médio previdenciário obrigatório (AMPO) por ano adicional de contribuição até um máximo de 15 anos adicionais;

- a idade mínima para aposentadoria será elevada em cinco anos, passando para 60 anos para mulheres e 65 para homens;

- o financiamento do sistema público será feito através das seguintes fontes: contribuição compulsória dos emrpegadores e dos autônomos, com alíquota de 16%; imposto sobre ativos reais não incorporados ao processo produtivo; impostos de afetação específica; e receitas gerais da nação;

- o trabalhador também terá direito à Prestação Compensatória (PC), que será equivalente ao número de anos de contribuição do sistema antigo, através do seguinte cálculo: 1,5% do salário médio individual dos últimos dez anos em atividade por ano de contribuição, até um máximo de 35 anos, quando alcançaria 52,5% desta base de cálculo;

- aquele trabalhador que optar por permanecer no sistema antigo terá direito a uma Prestação Adicional por Permanência (PAP), que corresponde a 0,85% do salário médio dos últimos 10 anos de contribuição a cada ano de aporte ao novo sistema;

- o Estado garantirá um benefício mínimo a todos os aposentados, como soma da prestação básica e da prestação compensatória, equivalente a **40% do salário médio da economia**;

- no sistema de capitalização, os benefícios estarão diretamente relacionados às contribuições (11% dos salários) e da rentabilidade das aplicações dos fundos. Os trabalhadores autônomos serão classificados por categorias de acordo como o tipo de atividade. Dos 11% de contribuição, aproximadamente 3% serão destinados à contratação de um seguro invalidez e morte e ao pagamento das comissões às administradoras de fundos e pensões;

- esse sistema de capitalização será optativo e com livre eleição de instituição. A lei estabelecerá montantes máximos para aplicação por instrumento financeiro, e estará assegurada uma rentabilidade mínima de cerca de 70% da rentabilidade média do sistema;

- será criado um Conselho Nacional de Previdência Social, com o objetivo de assegurar a participação dos trabalhadores, empresários e beneficiários na supervisão do sistema.

Comparando esta versão aprovada pela Câmara dos Deputados com a apresentada pelo Executivo, a principal mudança observada é que o sistema de capitalização de obrigatório (tal como o chileno) passou a optativo. Esta mudança vem acompanhada pela extinção do caráter totalmente privado desse sistema, uma vez que terá uma administração a cargo do Banco Estatal argentino.

As demais mudanças a serem destacadas são as seguintes: criação do Conselho Nacional de Previdência, de caráter colegiado; mudanças no cálculo da Prestação Básica com a finalidade de aumentar seu valor; reconhecimento das contribuições feitas ao sistema antigo, através da prestação complementar (semelhante ao "Bônus de Reconhecimento" no Chile); e criação da prestação adicional para o trabalhador que optar por permanecer no sistema antigo.

Segundo estimativas de CETRANGOLO E MACHINEA (1993), "durante a etapa de transição ao novo regime, os benefícios corresponderão a cerca de 80% do último salário e a 66% do salário médio vigente durante o período de aposentadoria" ([23]). Quanto menor o nível salarial, maior a importância da prestação básica e menor a proporção que ficará para a capitalização propriamente dita. Estas mesmas estimativas apontam para o fato de que o setor público continuará sendo por muito tempo parte considerável do sistema. O exemplo citado é o de que mesmo com 40 anos de contribuição ao sistema de capitalização, os benefícios pagos com os recursos dos fundos de pensão alcançam, apenas cerca de 35% do total.

Na Argentina, como no Chile, também se coloca o problema da capacidade do setor público de financiar o sistema durante a transição tendo em vista que: (i) deixará de contar com as contribuições dos trabalhadores que passaram para o novo sistema; (ii) não terá como custear um benefício de cerca de 80% do salário médio da economia, quando atualmente já não pode custear mais do que 60%; (iii) continuará responsável pelo pagamento dos seguintes benefícios: benefício básico,ou mínimo, para todos os trabalhadores; prestação adicional por permanência para os que optarem pelo

antigo sistema público; benefício complementar para os que transferirem ao sistema de capitalização; e a manutenção do estoque de aposentadorias existente no momento da reforma.

As projeções de CETRANGOLO E MACHÏNEA (1993) sobre o desempenho da do sistema proposto indicam que, mesmo no cenário mais otimista (crescimento sustentado de 4% a.a.), o sistema público será deficitário até, pelo menos, o ano 2020. Ainda nesta alternativa, o déficit seria equivalente à totalidade dos recursos do sistema privado no ano seguinte à implantação da reforma; a partir desse ponto esta relação seria decrescente, chegando em torno de 40% no ano 2020. Ao considerar incluídos nas despesas os juros da dívida previdenciária acumulada com os aposentados, os desequilíbrios serão ainda maiores. No cenário de crescimento da economia de 3% a.a., o déficit se extendería até o ano 2050; e na hipótese de estancamento da economia, esse déficit se prolongaria por mais de um século. Em termos da dimensão da despesa, as estimativas são de que dentro de 20 anos o sistema previdenciário público alcançaria um total equivalente a mais de 9,5% do PIB. Os autores chamam a atenção que as despesas podem estar subestimadas, em função da hipótese utilizada de manutenção do valor dos benefícios, mesmo com o crescimento da economia.

Guardadas as diferenças, fica evidente, pelas estimativas acima, a semelhança com a transição chilena no que diz respeito ao custo, ponderável e prolongado, a ser pago pelo Estado.

Outra discussão, também similar à travada no Chile, diz respeito ao papel dos recursos acumulados pelos fundos de pensão (cujas receitas na Argentina estão estimadas em US$25 bilhões, estimativa feita para o ano 2000, supondo uma taxa de rentabilidade de 5% a.a., um aumento do salário real de 3% e um crescimento de 1% no número de filiados). Fica evidente que isto se traduzirá em um volume maior de recursos para o sistema financeiro ou o mercado de capitais. O que não fica tão evidente é o tão alardeado papel desses fundos na "taxa de poupança da economia". Segundo AZEREDO E GOLDENSTEIN (op.cit.), para avaliar esse efeito, ter-se-ia que comparar o aumento dos recursos dos fundos de pensão com o déficit do sistema previdenciário público, por um lado. Por outro, seria necessário levar em consideração quais as formas buscadas pelo governo para o financiamento desse desequilíbrio. As estimativas feitas indicam que o aumento da taxa global de poupança da economia seria reduzido na medida em que haveria uma distribuição dessa "poupança" entre o setor privado e o setor público. Esta avaliação é semelhante àquela realizada pelo BID para a reforma previdenciária chilena (ver análise sobre o Chile).

As obras sociais: saúde

As obras sociais se constituiram na Argentina em um sistema de proteção para os trabalhadores assalariados, destinado principalmente à atenção médica de seus filiados, além de facilitar a realização de esportes e turismo, bem como a provisão de bens de consumo de baixo custo.

A partir de 1980, no contexto de uma reforma que pretendia retirar dos sindicatos uma de suas bases de sustentação política e econômica, se passaria a ordenar a total desvinculação entre obra social e sindicato, subtraindo as obras por completo do controle sindical tanto a nível jurídico como administrativo e financeiro.

O sistema de obras sociais (que desde 1971 passou a incluir o Programa de Assistência Médica Integral - PAMI - obra social para aposentados e pensionistas), somado ao de saúde pública,

proporcionava uma cobertura, em 1980, de 61% da população em área metropolitana; enquanto que apenas 8% estava coberto por seguros médicos privados. Essas proporções diminuiam para 53% e 5%, respectivamente, no caso da população de baixa renda.

O Estado não participava formalmente com recursos fiscais no financiamento do sistema de obras sociais, ainda que cobria situações deficitárias. Por outro lado, o setor público subsidia o sistema de obras sociais através de outro canal: a subcontratação de instalações e serviços hospitalares pertencentes ao Estado, pagando aluguéis que seguramente não refletiam os custos reais de criação e manutenção.

Enquanto o gasto público em atenção médica é essencialmente progressivo, as obras sociais possuem duplo caráter. Por um lado, as contribuições empresariais, estabilizadas em 4,5% desde 1975, têm o mesmo efeito regressivo que no sistema previdenciário: ao ser transferidas, ao menos parcialmente, aos consumidores, a população de baixa renda, não protegida pelo sistema de obras sociais, também contribui para o seu financiamento. Por outro lado, o sistema encerra um aspecto progressivo para seus beneficiários exclusivamente: os benefícios tendem a ser homogêneos para todos dentro de uma mesma atividade econômica, enquanto que as contribuições são proporcionais aos salários dos filiados. O Fundo de Redistribuição deste sistema, a sua vez, deveria assegurar a distribuição de recursos entre as obras sociais, para lograr maior uniformidade dos benefícios entre as diferentes obras. Na prática, no entanto, sempre existiram obras sociais mais "ricas" que oferecem a seus filiados benefícios melhores e mais diversos.

Ao contrário da década de 70, quando se produziu uma importante extensão da população protegida pelas obras sociais, a partir de 1979 tem início um declínio, particularmente notável nas obras sociais "sindicais", no número de filiados. Estes passam de quase oito milhões em 1979 para cerca de seis em 1983. Essa diminuição da população coberta pelas obras sociais provávelmente intensificou a pressão sobre os serviços de assistência médica do sistema de saúde pública, o qual, continuava em franca defasagem com relação ao crescimento da demanda. Não se produziu, frente à contração da cobertura das obras sociais, um maior esforço assistencial por parte do Estado para atender à população de baixa renda que ficava excluída da seguridade social; ao contrário, as deficiências da assistência médico-hospitalar do setor público ficaram ainda mais agudizadas ([24]).

Por outro lado, o gasto com assistência médica, que havia declinado entre 1975 e 1978, cresceu a partir deste ano junto com os recursos, paradoxalmente quando diminuía a população filiada, o que foi atribuído ao encarecimento da própria assistência, por conta de uma utilização abusiva de novas tecnologias de diagnóstico e tratamento.

Em trabalho mais recente sobre a crise no **sistema de saúde** argentino, MÉDICI (1989) corrobora a existência de um processo de privatização na década de 80 que se enquadrava num contexto de crescente iniquidade, onde grande proporção dos trabalhadores e das famílias não era coberta pelas Obras Sociais; onde a continuada ausência de investimentos no setor público de prestação de serviços de saúde aumentou a obsolescência e a deterioração dos mesmos, produzindo uma assistência médica para os excluídos escassa e de má qualidade.

As estatísticas oficiais indicavam que a cobertura das Obras Sociais chegava a 74% da população, enquanto fontes não-governamentais apontavam que tal cobertura mal chegava aos 60% ([25]). A situação se agrava ainda mais diante do crescente desemprego e subemprego, com o consequente incremento do número de trabalhadores por conta própria que não estão cobertos pelas Obras Sociais. MEDICI (op.cit.) também confirma a desigualdade na oferta de benefícios por parte das Obras Sociais, trazendo grande iniquidade entre os beneficiários do sistema.

Além das Obras Sociais, o setor saúde na Argentina detém outros tres segmentos: o setor público federal; o setor público das províncias e municipalidades; e o setor privado prestaddor, no qual se inclui a modalidade de pré-pagamento por serviços.

O Setor Público Federal corresponde à Secretaria de Saúde do Ministério de Saúde e Assistência Social (MSAS), o qual, como o nome indica, além da saúde própriamente dita, cuida de programas de assistência social, de habitação, de saneamento básico, e de recreação e lazer. A Secretaria de Saúde possui bastante autonomia, sendo responsável por normatizar a saúde pública. Possui, além disso, pequena rede hospitalar, mas seu papel é pouco expressivo na oferta de serviços de assistência médica.

O setor público pertencente às províncias e municipalidades possui uma rede de serviços ambulatorial e hospitalar de grandes proporções. Por sua particular tradição federalista, a Argentina detém um nível regional e local mais importante que o federal (central) na prestação de serviços públicos em geral, e de saúde em particular. Este setor é particularmente relevante para os "excluídos" de modo geral das Obras Sociais: os trabalhadores por conta própria, os desempregados e os sub-empregados. Estima-se que este setor detenha um gasto com saúde cerca de quatro vezes superior ao do setor público federal ([26]).

MÉDICI (op.cit.) também confirma algumas das características já apontadas para as Obras Sociais, tais como:

- concentração dos beneficiários em um número reduzido de instituições;

- desigualdades entre as obras sociais mais "ricas" e as mais "pobres", sendo que estas últimas, por ausência de oferta de serviços e exames diferenciados, provocam uma evasão de filiados para o setor público, já sobrecarregado com os "excluídos";

- ausência de autoridade do órgão governamental INOS (Instituto Nacional de Obras Sociais), que não consegue conduzir nem interferir nas políticas de saúde levadas a cabo pelas Obras Sociais.

- o Fundo de Redistribuição, à disposição do INOS, não cumpre com seu papel redistributivo entre as diferentes Obras Sociais, destinando-se apenas, na prática, a cobrir déficits operacionais geralmente contraídos por aquelas Obras Sociais de maior envergadura.

O setor privado argentino, composto por médicos independentes, sanatórios, clínicas privadas e centros de especialidades múltiplas (policlínicas), é responsável por 47% dos atendimentos realizados a nível nacional. O faturamento do setor privado hospitalar não conveniado com as Obras Sociais é estimado em US$ 150 milhões aproximadamente ([27]). A maior parte do setor privado, porém, sobrevive à custa de credenciamentos e convênios com as Obras Sociais. O setor público também realiza convênios com as mesmas.

O setor saúde argentino como um todo possui as seguintes fontes de **financiamento**: o orçamento fiscal do Governo Federal, Províncias e Municipalidades; as contribuições dos empregados e empregadores; a renda das famílias; e os lucros das empresas que financiam programas de assistência médica aos seus empregados sem isenções fiscais integrais ou parciais.

O orçamento fiscal é financiado, ao nível federal, principalmente por impostos diretos. Nos níveis provincial e municipal o peso dos impostos indiretos é bem maior, particularmente aqueles sobre o consumo de bens e serviços. As informações disponíveis, apontam para uma grande rigidez fiscal, com muito pouco espaço de negociação para um aumento da carga de impostos. Essa rigidez é também reflexo da rigidez na distribuição de renda.

As contribuições sociais dos empregados e dos empregadores possuem alíquotas separadas para a previdência social e saúde (3% dos salários dos empregados e 4,5% da folha de salários das empresas para as Obras Sociais), o que particulariza a Argentina em relação a outros países da América Latina.

Ao analisar a estrutura do gasto público em saúde, de modo geral observa-se um peso maior das províncias, seguidas dos municípios. Neste nível, apenas a municipalidade de Buenos Aires gasta aproximadamente 50% do total municipal. O terceiro nível de maior volume de gastos é o governo federal.

No período 1980-1985, período caracterizado pela crise econômica, ocorreu uma queda real de 16,5% no volume de gastos públicos com saúde; sendo os gastos das províncias os mais duramente atingidos, com uma redução real de 26,4%, além dos da municipalidade de Buenos Aires, que caíram 30% no período. Os gastos do nível federal e dos demais municípios aumentaram ligeiramente ([28]).

No que diz respeito aos gastos das Obras Sociais, embora não haja uma avaliação precisa de sua evolução, em 1985 eles representavam quase 40% do total de gastos com saúde na Argentina ([29]). Sabe-se que esse gasto foi o principal indutor do crescimento do setor privado-hospitalar argentino (em um movimento semelhante ao verificado no Brasil na década de 70).

Já o gasto privado com saúde responde por 38,1% do dispêndio total em serviços de saúde em 1985, o que equivalia a 1,2 bilhões de austrais, dos quais 1,1 bilhão foi gasto diretamente pelas famílias e apenas 120 milhões foram dispêndios das mutualidades independentes e das empresas ([30]).

Agregando-se aos gastos efetuados diretamente pelos serviços de saúde o gasto com medicamentos, este chega a 967,4 milhões de austrais em 1985; destes, 67,2% foram pagos diretamente pelas famílias: 26,6% através das Obras Sociais e 6,3% pelo setor diretamente público. Se somarmos o gasto em serviços com o de medicamentos, vemos que o setor privado, responsável pela maior parcela do mesmo, participa com 47,2% do gasto total em saúde; seguido pelas Obras Sociais com 32,9%; e, finalmente pelo Setor Público, minoritário, com 19,9% ([31]).

Quando convertidos esses valores em dólares correntes da época (1985), temos o seguinte quadro: ([32])

- o gasto total em saúde equivalia a US$ 7 bilhões, sendo US$ 5,4 em serviços de saúde e US$ 1,6 em medicamentos;

- o dispêndio total per capita era de US$ 231, sendo US$ 178 com serviços e US$ 53 com medicamentos;

- 10,6% do PIB foi gasto com a função saúde, onde 8,2% correspondia a serviços e 2,4% a medicamentos.

Apesar dessa razoável (em termos comparativos com outros países latinoamericanos) magnitude proporcional dos gastos com saúde, a estrutura de financiamento setorial apresentava problemas, alguns dos quais já vimos anteriormente. Um deles é o repasse das contribuições das empresas para os preços dos bens e serviços, fazendo com que a sociedade inteira, de forma regressiva, financie as Obras Sociais. Somado à uma conjuntura onde o acesso aos serviços é bastante iníquo, esse fato se contrapõe à argumentação das corporações sindicais no sentido de evitar a unificação do sistema de Obras Sociais e a universalização da assistência médica com os fundos da seguridade social (universalização que ocorreu nos serviços de assistência médica previdenciária no Brasil em 1985).

Outro problema, é a queda proporcionalmente maior da massa de salários, versus a de lucros, em períodos de recessão, trazendo problemas para o sistema das Obras Sociais, que é fundamentalmente financiado pela folha de salários. Isto acarreta perda de cobertura exatamente naqueles períodos em que aumenta a demanda por serviços, sobretudo dos não contribuintes, face ao aumento do desemprego.

Por outro lado, a crise econômica também derrubou a capacidade de financiamento das ações governamentais no campo da saúde. Entre 1980 e 1985, a participação do setor público no gasto total em saúde caiu de 30,1% para 22,7%; enquanto a participação das Obras Sociais aumentou de 35,8% para 39,2%, e a do setor privado de 34,1% para 38,1% ([33]).

Todos esses fatores associados são os responsáveis pela queda da qualidade de vida d população, sobretudo aquela que não tem poder aquisitivo para acessar os serviços/profissionais de saúde privados.

Pode-se concluir, com base nos dados e argumentação apresentados, que a reforma do sistema de seguridade argentino, nos moldes em que está proposta, não só não resolverá os problemas levantados nos diagnósticos feitos préviamente, como nada indica que trará maior cobertura populacional do sistema, nem melhoria nos benefícios aos seus segurados, salvo aqueles com maiores rendas. Por outro lado, tudo indica que produzirá um contingente ainda maior de excluídos.

NOTAS

(1) Marshall(s/d),p.11-12
(2) ibid, p.13
(3) ibid, p.118
(4) Mesa-Lago,1978,p.202
(5) ver Kilbaum,1985 e Marshall,1985; in ibid p.203
(6) Marshall,op.cit.,p.134
(7) ibid,p.136
(8) ibid,p.137
(9) id.ibid.
(10) in Azeredo e Goldenstein,1993,p.13
(11) ibid,p.14
(12) id.ibid.
(13) id.ibid.
(14) in ibid, p.69
(15) ibid.p.18
(16) Cetrângolo e Machinea, 1993; in ibid,p.17
(17) ibid, p.17
(18) ibid, p.19
(19) Isuani e Martino,1993; in ibid, p.19
(20) ibid.p.19
(21) ibid,p.20
(22) ibid, p.31-32
(23) ibid,p.33
(24) ibid,p.131
(25) Médici,1989,p.27
(26) ibid.p.28
(27) ibid.p.29
(28) ibid.p.31
(29) id.ibid.
(30) ibid.p.32
(31) ver Garcia et alii,1987, in ibid,p.32
(32) ibid.p.33
(33) ibid.p.37

CAPÍTULO I: (CONT.)

8.4 - Bolívia: política social e extrema carência

As mudanças estruturais que a sociedade boliviana sofreu durante a década dos 80 repercutiram intensamente sobre o regime de seguridade social. Tais mudanças estiveram associadas à severidade da crise econômica experimentada durante a primeira metade da década e à aplicação, a partir de 1985, da "Nova Política Econômica". ([1])

Um dos efeitos suscitados pela crise econômica foi o processo hiperinflacionário, o qual provocou séria erosão no poder aquisitivo de rendas e salários. Aqueles que se aposentaram antes ou durante esse processo sofreram grave deterioração de seus ingressos reais. A magnitude dessa perda levou o Governo a criar uma categoria especial de bônus do Estado, a fim de compensar os que se aposentaram antes da estabilização econômica, a fins de 1985.

Outra consequencia da crise econômica da primeira metade dos 80 foi a agudização do fenômeno da informalidade na Bolívia. A seguridade social boliviana, como a da maioria dos países latinoamericanos, não protege os setores informais; portanto, a ampliação dos mesmos provoca um incremento do universo de desprotegidos pelo sistema.

As políticas de estabilização e liberalização adotadas em agosto de 1985 no marco da "Nova Política Econômica", foram acompanhadas por medidas de "racionalização" das principais empresas públicas (minério e petróleo), de parte da burocracia estatal e do setor industrial privado. Essas medidas se traduziram na dispensa de uma enorme massa de assalariados, o que modificou a relação entre ativos e passivos nesses setores. Os desempregados que não puderam reinserir-se em outras atividades econômicas formais, passaram a pressionar sobre o chamado setor "informal", o qual se viu avolumado adicionalmente pelo incessante êxodo rural/urbano. Assim, quase dois terços do emprego se concentrava, em 1988, em atividades informais e apenas 690 mil pessoas (35% de uma PEA estimada em dois milhões de pessoas) se encontravam em ocupações formais, suscetíveis de serem cobertas pelo sistema de seguridade social ([2]).

A legislação sobre o sistema de aposentadorias e pensões é considerada pouco clara, cheia de exceções e vazios, além de sofrer constantes modificações. Tampouco existem mecanismos eficazes de controle do cumprimento de suas disposições.

As caixas, que eram organismos independentes e autônomos, a partir da lei 924 ("Ley Financial" de 1987) passaram a ter de cumprir um único sistema de contribuições, válido tanto para o setor público como para o privado. Também se separou por completo a administração dos regimes de curto e longo prazo (Fundos de Saúde e Fundos de Pensão, respectivamente). A partir do Decreto Supremo (DS) no.21.637 do governo, a administração separada do regime de longo prazo de prestações ("rentas") básicas e complementares ficou totalmente a cargo dos Fundos de Pensões (que antes se chamavam fundos complementares).

A partir do Decreto Supremo (DS) regulamentar 22.578, de agosto de 1990, a contribuição total à seguridade social chegava a 23,5% do salário, sendo financiada de forma tripartite: o trabalhador contribui com 6%; o empregador com 16%; e o Estado o 1,5% restante. Esta contribuição estatal é destinada ao FOPEBA (Fundo de Pensões Básicas), o qual, sob o princípio de

solidariedade, aloca recursos para os fundos deficitários. Do total da receita, 10% se destina aos regimes de curto prazo (saúde, maternidade e riscos profissionais de curto prazo); e os outros 13,5% ao regime de longo prazo (invalidez, velhice, morte e riscos profissionais de longo prazo), o qual se divide por sua vez em 9% para a prestação básica e 4,5% para a prestação complementar. Adicionalmente, cada fundo pode elevar as contribuições de seus filiados para a prestação complementar. Esta última, em virtude de uma disposição legal, é exigida pelo Estado com um aporte mínimo de 4,5%, em circunstâncias de que deveria ser uma contribuição eminentemente voluntária.

A organização do sistema de seguridade social boliviano possui tres níveis. O primeiro, constituído pelo Ministério da Previdência Social e Saúde Pública, tem como competência normatizar todas as atividades de ambos os setores. No segundo nível está o IBSS (Instituto Bolíviano de Seguridade Social), encarregado de dirigir, planejar, coordenar e supervisionar as diferentes atividades das instituições integrantes do sistema. No terceiro nível operam as diferentes caixas de saúde e fundos complementares, que têm a seu cargo a administração e gestão dos regimes previdenciários de curto e longo prazo. Na prática, no entanto, se observa uma superposição de funções, com escasso respeito das linhas de mando.

Com relação à informação do sistema chamado de longo prazo, não existe um sistema de informações que normatize a elaboração dos dados por parte dos diferentes fundos de aposentadorias. O IBSS não exerce uma supervisão, considerando corretas as informações proporcionadas por cada entidade gestora, o que causa, com frequência, a não coincidencia dos dados de duas fontes diferentes (caixas de saúde e fundos, por exo.). Dessa forma, o notório atraso com que se publicam os dados explica o fato de que o estudo em questão ([3]) utiliza dados até 1989.

No período 1980-1989 o número de aposentados aumentou 60%, e o de seus beneficiários 91%; o que contrasta com a queda de 9% nos segurados contribuintes do sistema, o que determinou uma diminuição de 10% nos beneficiários deste grupo. Assim, o universo coberto em 1989 era, em termos absolutos, similar ao de 1980, sendo que sua importância com relação à população total caiu de 24 para 18,4% no mesmo período; em circunstâncias onde o crescimento demográfico foi de 28% durante a década de referência. A participação relativa dos contribuintes ao sistema na população total caiu quase 2%, frente a um incremento de 0,3% dos aposentados. A relação contribuintes/aposentados caiu de maneira drástica, passando de 5.2 pessoas em 1980 para apenas 3 em 1989 ([4]).

Em 1989 cerca de 250 mil pessoas contribuia a longo prazo com os diferentes fundos de aposentadorias existentes, além dos seguros integrais e outros não especificados. A população passiva estava próxima às 98 mil pessoas; e seus beneficiários eram cerca de 69 mil. Em média, em torno de 10 mil pessoas contribuia para cada fundo, sendo o maior o do Magistério Fiscal (com aproximadamente 73 mil contribuintes, ou 29% do total); e o menor o dos Profissionais da Mineração (com apenas 673 segurados), o que significa uma relação ativo/ passivo de 108 para 1 ! ([5]). O estudo ressalta que apenas seis fundos se encontram acima da média. A proliferação de fundos explica a considerável heterogeneidade no tamanho dos mesmos. Esta significativa diferença

dá um coeficiente de variação do número de pessoas por fundo de 1,5. A filiação do maior fundo com relação ao segundo (o da Administração Pública) é quase o triplo. Lhe seguem em tamanho os fundos Fabril, do Comércio e da Polícia Nacional.

De acordo com estimativas consideradas "conservadoras", no caso boliviano se necessitaria aproximadamente uma relação de cinco ativos por passivo para lograr um equilíbrio atuarial financeiro de longo prazo (6).

Em média, cada fundo atende a um pouco menos de 4 mil aposentados, os quais têm cerca de 3 mil beneficiários. Quanto à relação de dependência, existem em média 0,7 beneficiários por contribuinte titular (chamado de "rentista"). A faixa de variação deste indicador não é muito grande, ainda que se verifica que é ligeiramente superior naqueles fundos que possuem maior relação ativos/passivos (7).

Ainda no ano de 1989, no que diz respeito às prestações básicas ("renta básica"), dos quase 98 mil "rentistas", 99,4% estavam filiados a seguros de invalidez, velhice e morte; e apenas 0,6% a seguros de riscos profissionais de longo prazo. Por outro lado, se constata um predomínio dos titulares com relação a seus dependentes, já que os primeiros detém participação de 60% sobre o total. Em média, por fundo, existem 2.437 beneficiários e 1.490 dependentes, observando-se maior dispersão na segunda relação (8).

Os fundos de prestações básicas com o maior número de titulares são o do Magistério Fiscal (25%), o Mineiro (22%) e o Fabril (9%). Na distribuição de dependentes por fundo, nota-se que o Mineiro concentra 49% dos mesmos, indicando que seus filiados suportam piores condições de vida e saúde. Em segundo lugar está o fundo Ferroviário e Ramos anexos, com 8%. Com relação à prestação complementar, 68% dos filiados são titulares. Do total, 62% se filiou para seguros de invalidez, velhice e morte, e 8% para riscos profissionais de longo prazo (mostrando uma estrutura diferente daquela da prestação básica apresentada acima, onde a quase totalidade está filiada ao 1o.grupo).

A composição dos fundos de seguro complementar é a seguinte: os titulares apresentam participações mais elevadas no do Magistério Fiscal (27%), no Mineiro (14%) e no Fabril (11%); e os dependentes estão em maior proporção no Mineiro (37%) e no Ferroviario (13%), distribuição semelhante à das prestações básicas.

Em média, cada fundo conta com quase tres mil filiados que contribuem para o seguro complementar, dos quais 2 mil são titulares e o restante dependentes. A dispersão do número de contribuintes das prestações complementares por fundo é menor que a das prestações básicas (9).

As **receitas** totais do seguro básico chegaram em 1989 a Bs.111 milhões (em moeda local); e os **gastos** a BS. 132 milhões, o que provocou um déficit de Bs.20,5 milhões. Quase dois terços das **receitas** foram provenientes de contribuições, com a seguinte distribuição : a maioria, 40%, é de origem patronal; 34% corresponderam a Bônus do Estado por conceito de pagamentos compensatórios pela hiperinflação; e 15% vieram dos trabalhadores.

Quanto aos **gastos**, 69% são de prestações básicas e 29% de Bônus do Estado pagos como compensação aos aposentados por conta da hiperinflação. Os gastos administrativos significaram apenas 2,1% do total (não foram incluídos aqui os gastos administrativos do FONARE).

Ao contrário da situação anterior, a gestão dos fundos complementares, cuja principal fonte de receita está constituída pelas contribuições dos trabalhadores (54% do total), gerou um superávit de quase Bs. 10 milhões. Quanto aos gastos, 72% se destinam às prestações complementares.

A conduta financeira dos distintos fundos, tanto básicos como complementares, é muito heterogênea. Os fundos nos quais se concentra 64% dos recursos da prestação básica mostram situação deficitária, a exceção do Fabril. No entanto, a maioria dos mesmos apresenta superávit em suas operações com as prestações complementares. Os fundos que acumulam os maiores déficits são o Mineiro (Bs. 12 milhões), o do Magistério (Bs. 7 milhões) e o Ferroviario "Red Ocidental" (Bs. 5 milhões) ([10]).

Já os fundos de seguro complementar, apresentaram a seguinte participação no superávit financeiro total: fundo da Polícia Nacional (Bs. 2 milhões) e o Ferroviario Red Ocidental (Bs. 2 milhões).

A situação financeira dos diferentes fundos, em particular os de seguro básico, experimentou uma mudança a partir de 1990, como consequencia dos DS 22.407 e 22.555, os quais elevaram as taxas de contribuição para a prestação básica. A partir de uma projeção para 1990 (por ausencia de dados), se estimou que o déficit se reduziu em Bs.12,4 milhões, com o que continuou sendo necessária a intervenção do Tesouro Geral para cobrí-lo. Já o superávit do seguro complementar diminuiu em Bs. 3,1 milhões, como efeito de um maior incremento da população beneficiária frente à ativa contribuinte. ([11]) Outra medida importante foi o reajuste das prestações básicas inferiores ao nível do salário mínimo nacional.

Segundo LORA (1992), os principais problemas que afetam ao conjunto da seguridade social boliviana, e aos fundos de pensões em particular, são o problema da equidade e o da eficiência.

O problema da **equidade** da seguridade social a longo prazo diz respeito à cobertura e à distribuição das contribuições e benefícios no sistema.

No tocante à **cobertura**, o total de pessoas protegidas pelo sistema (que inclui aos segurados contribuintes e seus beneficiários, bem com àqueles que recebem prestações e seus beneficiários dependentes) **caiu durante os anos 80 de 24% para 18,4% da população total**. O percentual de contribuintes diminuiu de pouco menos de 6% para 4%, enquanto que a participação dos que recebiam prestações ("rentistas") subiu de 1,1% para 1,4%.

Apenas 13 de cada 100 ocupados em 1989 estavam filiados aos fundos de aposentadorias e pensões (a relação é inferior inclusive aos 18,4% mencionados anteriormente, dado que os contribuintes -empregados- possuem beneficiários). Ou seja, **os restantes 87% dos ocupados estavam à margem de todo o sistema de aposentadorias e pensões.** Esta situação de precaríssima cobertura, inclusive com relação a outros países da América Latina, é explicada pelo **amplo predomínio (65%) das ocupações chamadas "informais", além do emprego situado em áreas rurais onde a seguridade social nunca penetrou.** É importante destacar que as cidades capitais

absorvem únicamente 43% do emprego e que os 57% restantes se localizam nas cidades menores e na área rural. Nas atividades agropecuárias se sitúa 44% da população ocupada.

Do total de ocupados no conjunto das cidades capitais, apenas 23% se encontram filiados à seguridade social. As coberturas mais elevadas se dão nas categorias de profissionais, empregados e gerentes; enquanto que os ocupados em atividades "informais" (artesãos, serviços pessoais, etc.), protagonizaram a situação inversa.

Em termos de ramos de atividade, os setores de maior cobertura são os de eletricidade/luz/água, finanças e seguros, mineração e serviços pessoais; o contrário sucede com setores onde predomina a atividade "informal": comércio, agricultura, construção, etc. A desigualdade também se faz sentir na cobertura a nível geográfico ([12]).

Com relação às **contribuições**, estas foram uniformizadas entre os diferentes fundos, como ja foi visto,a partir dos DS 21.637 e 22.407, com a finalidade de implantar um regime de contribuições equitativo. No entanto, o FONARE continuou transferindo recursos financeiros desde os fundos superavitarios para os deficitarios, em função do princípio de solidariedade. O FONARE também recebia o aporte estatal de 1% sobre a massa salarial, o qual também era distribuído entre os fundos deficitários. No entanto, esta contribuição do Governo era entregue apenas a entidades estatais ou descentralizadas, e não às privadas, apesar de que a legislação estipule o caráter não discriminatório da mesma.

No tocante à distribuição dos **benefícios** das prestações básicas por fundo, obteve-se o seguinte quadro: os fundos que recebem menores prestações são o Mineiro, o da Administração Pública e o Municipal; no outro extremo estão os fundos dos Bancos Estatais, dos Profissionais da mineração e dos trabalhadores da YPFB (empresa estatal de petróleo).

A variabilidade das prestações básicas dos passivos é maior ainda, já que a relação entre a máxima e a mínima é de quase sete para um. Outra forma de medir o grau de iniquidade dos benefícios é através da relação entre os salários dos ativos e as prestações recebidas pelos passivos em cada um dos fundos (portanto, quanto maior este índice, maior o grau de iniquidade). Assim, se dá como ex. o caso do Fundo Mineiro, onde essa relação atinge a 16/1.

Apesar de que as prestaçõe complementares são de caráter voluntário (a partir de um mínimo, como foi visto), também se observa iniquidade entre os diferentes fundos. Os mais favorecidos são os de Aeronáutica Civil e o dos Trabalhadores filiados à Caixa Petrolífera de Saúde; enquanto que os mais inequitativos são o Mineiro e o dos Municipais ([13]).

Os problemas de **eficiência** dos seguros de pensões e aposentadorias de longo prazo estão, segundo LORA (1992), ligados à administração e ao financiamento do sistema boliviano de seguridade social, bem com a problemas de evasão e corrupção.

Além do número de fundos, 22, que ainda mantém o atendimento à saúde junto com a parte de aposentadorias e pensões, existe grande heterogeneidade entre eles, o que também explica a provisão de serviços de qualidade muito diferente para os diversos grupos de filiados a este tipo de regime.

A dispersão média nos fundos de pensões chega a 2,6 ativos contribuintes por passivo, o que contribui para a ineficiência. Entre o fundo com a maior relação (Aeronáutica, com 13,4 ativos por

beneficiário) e aquele com a menor (Mineiro, com 0,3 para 1), existe uma brecha de 45 para 1. A relação média ativos/passivos é muito baixa, o que leva a uma situação potencial permanente de falta de liquidez. Por outro lado, a dispersão do sistema e a baixa relação existente em alguns fundos (como o Mineiro), já denota uma virtual quebra dos mesmos, a qual está sendo financiada pelo Tesouro Geral.

Os custos administrativos também são razoávelmente dispersos entre os fundos, bem como a qualidade nas prestações. Com relação a esta última, existem alguns indicadores, todos eles negativos. Um ex. é o tempo muito longo que demora a tramitação de uma aposentadoria, com prejuízo para o novo beneficiário que deixa de receber uma renda contínua. Outro, é o pagamento do benefício, o qual tem lugar com mais de tres semanas de atraso com relação ao pagamento dos salários. Por fim, a informação disponível permite concluir que a relação aposentadoria/salário é da ordem de 1 para 5, o que evidencia o **baixo poder aquisitivo das aposentadorias** ([14]).

O financiamento do sistema, como já se viu, se dá através de contribuições do empregador, do trabalhador e do Estado. Essas contribuições configuraram 66% do total da receita de 1989, sendo que pouco menos de dois terços provinha dos empregados.

O déficit existente em 1989 (visto anteriormente) diminuiu em termos absolutos em 1990, graças ao incremento das taxas de contribuição . A participação das contribuições na receita total se elevou para 75%, ainda que a contribuição do empregador tenha diminuido. No entanto, esse substancial aumento das taxas de contribuição (baseado nos trabalhadores), se revelou incapaz de erradicar a situação deficitária.

No que diz respeito ao problema da evasão, esta ocorre em numerosas empresas do setor formal, ao qual se agrega a existência, já apontada, de um setor "informal" absolutamente majoritário.

Quase 92% das quase 35 mil empresas dotadas de Registro Único de Contribuintes (RUC) existentes no país possui sua sede nas cidades capitais. As empresas filiadas aos fundos de pensões representam, a escala nacional, menos de um sexto daquelas que dispõem de RUC. A relação é mais alta nas cidades grandes do que nas pequenas (16% e 2%). A evasão é maior nos departamentos de Potosí e Pando; e menor nos de La Paz y Santa Cruz ([15]).

Analisando a **área de atenção à saúde** no sistema previdenciário boliviano, VIANA E ARRETCHE (1992) indicam que esse setor desenvolve básicamente assistência médica nas áreas urbanas. A rede de serviços de saúde da Previdência está constituída por 37 hospitais e 59 policonsultórios, estando prevista a compra de serviços através de contratos com o setor privado. O total de leitos é de 2.836, numa relação de 2,2 leitos por mil segurados. Essa rede de serviços da previdência não se integra à do Ministério da Previdência Social e Saúde Pública (MPSSP), constituindo dois sistemas, embora o IBSS (Instituto Boliviano de Seguridade Social) esteja subordinado ao MPSSP.

Em 1984, o gasto previdenciário em saúde representava 80% do gasto público em saúde; já em 1988 o gasto da previdência contribuiu apenas com 48% do gasto no setor como um todo, enquanto que a participação do MPSSP subiu para 42%. Em termos reais, o gasto previdenciário em saúde

caiu 50% no período 1984-1988. Na composição deste gasto, a Caixa Nacional de Saúde (o Fundo de Saúde da Caixa Nacional de Seguridade Social) participou com 60%, em média, no mesmo período ([16]).

Ampliando a análise para o **setor saúde** como um todo, cuja organização administrativa e técnica está sob a tutela do MPSSP (Ministério da Previdência Social e Saúde Pública), verifica-se que esse setor apresenta uma série de problemas que provocam desigualdades na distribuição dos recursos e agravam o já precário acesso da população aos serviços.

A gestão do setor é altamente centralizada a nível das decisões e dos recursos. Estes últimos, por outro lado, se encontram dispersos entre os diferentes organismos públicos e privados. Este quadro se agravou no último decênio, face ao debilitamento das funções gestoras do Ministério. Além disso, existe total desintegração entre os programas de saúde pública e aqueles desenvolvidos pela seguridade social, levando a problemas de iniquidade no atendimento.

Os dados sobre a atuação no setor saúde revelam, tal como o observado para o setor previdenciário, a baixa cobertura das suas ações: o Ministério atinge somente 38% do total da população do país| a Seguridade Social atende 26% e as organizações privadas 6%. Estima-se que aproximadamente 30% da população não está coberta por nenhum tipo de serviço de saúde ([17]).

Por outro lado, o **financiamento** do setor saúde também foi afetado pela crise econômica e pela política de ajuste econômico. Em apenas quatro anos, no período 1984-1988, a evolução do financiamento sofre mudanças agudas. Os recursos fiscais provenientes do Tesouro, responsáveis pela quase totalidade dos recursos em 1984, se vêm reduzidos de 92,2% para 50%. Os recursos próprios, obtidos com a venda de serviços em hospitais públicos, aumentam de 5,6% para 22,1%. O incremento mais espetacular fica por conta da ajuda externa, que passa de apenas 2,2% em 1984 para 27,8% em 1988, passando a ser responsável por grandes projetos no setor ([18]).

Fica clara, portanto, a tendência do financiamento do setor saúde boliviano para a substituição dos recursos públicos, de origem fiscal, por recursos privados, sejam eles de origem externa ou provenientes da venda de serviços. Isto traz, por um lado, um aprofundamento das iniquidades do sistema, na medida em que se submete à lógica de "quem paga tem acesso"; e por outro, uma dependência de recursos externos cuja interrupção no fluxo pode paralisar o funcionamento dos serviços.

Por outro lado, essa lógica, que fica oculta no discurso, não parece desagradar àqueles que participam da política de saúde: o papel subsidiário do Estado os favorece. Assim, a privatização é efetivada através da venda de serviços cujos recursos são revertidos para os médicos (85%) e para os hospitais (15%). A ausência do setor público favorece o setor privado e as chamadas ONGs, sendo que estas últimas cobram pelos serviços e utilizam-se de fundos a custo zero, seja por intermédio de doações internacionais, seja por convênios com o setor público. Isto sem falar na utilização dos recursos dos chamados Fundos de Emergência* (antigo Fundo Social de Emergência e atual Fundo de Inversão Social). Segundo documento da FENASONGS ([19]), quase 60% das ONGs em saúde atuam nas cidades de La Paz, cochabamba e Santa Cruz, mantendo portanto a concentração dos

serviços nas mesmas áreas, não facilitando o acesso para aqueles setores da população que já não o tinham. O documento também confirma o apoio financeiro estatal: 76% das ONGs possuem convênio com o setor público. Agregue-se a isto o fato de que as ONGs atuam nas faixas mais "baratas" dos serviços de saúde, deixando os hospitais sob a responsabilidade do setor público. E, finalmente, a ausência de coordenação do setor saúde e dentro do próprio Ministério propicia a formação de "feudos" dirigidos pelas agências externas, favorecendo a "competição" entre elas pela influência na política de saúde ([20]).

O financiamento do setor saúde se dá no seguinte contexto de financiamento global para a área social: ([21])

- em 1989 se destinava ao redor de 7% do PIB para a área social, quando a média latinoamericana era cerca de 9% ;

- quase 70% do total do gasto na área social era distribuído pelos setores de educação e saúde; o restante era alocado pelo Fundo Social de Emergência - FSE* (O FSE foi criado em 1986. Tratou-se de um programa governamental que operou de jan/1987 a dez/1989, com a finalidade de "aliviar os custos sociais do ajuste". in ibid, p.20.) e pelas doações internacionais. Estes recursos eram destinados, em sua maioria, a ações no campo da saúde, do saneamento básico e da nutrição;

- a população beneficiada pelos serviços da área social não ultrapassa 3,5 milhões de habitantes, indicando uma baixa cobertura dada a magnitude da população pobre, estimada em cerca de 6 milhões.

Finalmente, quanto a uma possível **reforma da seguridade social boliviana**, LORA (1992) a considera "estratégica" no modelo adotado na Bolívia a meados dos anos 80, "de desenvolvimento econômico e social, baseado na restituição dos mecanismos de mercado e na liberalização da economia. Este programa, que em primeira instância esteve orientado para reestabelecer os equilíbrios macroeconômicos, buscava, no longo prazo, mediante a materialização de um amplo programa de reformas estruturais, assentar as bases para um crescimento sustentado com equidade" ([22]).

Fica aqui a discussão (que do ponto de vista mais geral é desenvolvida mais adiante) sobre a possível compatibilização entre uma reforma da seguridade social que vise a equidade e a ampliação da cobertura do sistema (ambos os aspectos bem precários atualmente, como vimos acima), e um programa de ajuste econômico, o qual já vem sendo implantado na Bolívia desde 1985, não produzindo, até o momento, nenhuma melhoria visível na área social boliviana. Pelo contrário, os resultados desse ajuste foram: a redução do gasto público na área social, com a consequente diminuição da participação estatal; a focalização não apenas das ações mas também dos recursos, tendo como consequências uma baixíssima cobertura e uma privatização dos serviços; a dependência financeira de recursos externos, e a adoção do modelo (devidamente apoiado pelas agências financiadoras) de ataque apenas emergencial dos problemas sociais.

NOTAS

(1) Para esta análise estaremos nos baseando em estudo feito por Lora,M.Mercado, "El sistema de pensiones en Bolivia", in CEPAL/PNUD, 1992
(2) ibid.p. 35
(3) Lora,1992,op.cit.
(4) ibid.p.40
(5) id.ibid.
(6) "El Sistema boliviano de seguridad social: pautas para su reforma", UDAPE, 1988; in ibid, p. 41
(7) ibid.p.41
(8) ibid.p.42
(9) id.ibid.
(10) ibid.p.43
(11) ibid.p.44
(12) ibid.p.45-46
(13) ibid.p.47-48
(14) ibid.p.50
(15) ibid.p.51
(16) Viana e Arretche,1992, p.22
(17) ibid.p.42
(18) id.ibid.
(19) FENASONGS, "Las ONGs y la salud en Bolivia", La Paz,1990; in ibid.,p.58
(20) ibid. p.45
(21) Os dados aqui apresentados têm como fontes Roca,T."Taller de Politica Social". Ildis, 1991 e CONAPSO, "Estrategia social boliviana". 1991; in ibid, p.20.
(22) LORA, op.cit., p. 53

CAPÍTULO II: BRASIL

1. As especificidades das Políticas de Ajuste Neoliberal no Brasil

A expressão interna da crise dos anos 80 se dá no Brasil, numa perspectiva histórico-estrutural, no chamado esgotamento do "Estado Desenvolvimentista", cujo padrão se baseava no tripé Estado-Capital estrangeiro-Capital nacional, com surtos de crescimento e desenvolvimento que possibilitavam os movimentos de "fuga para a frente" onde se acomodavam os diversos interesses dominantes ([1]). O principal elemento dessa impossibilidade de novas "fugas para frente" é a Crise Financeira do Estado, decorrente de um processo crescente de endividamento externo e interno. Este processo leva à perda do controle da moeda e de suas finanças por parte do Estado, debilitando também sua ação estruturante, não apenas pela forte redução do gasto e dos investimentos públicos, mas também pela completa ausência de políticas de desenvolvimento ([2]).

As condições econômicas e políticas, presentes nos casos do Chile e do México, parecem estar ausentes no Brasil para que se implemente um ajuste nos moldes ortodoxos e padronizados pelo "Consenso de Washington". O Estado brasileiro se encontra econômica e politicamente fragilizado diante da crise dos anos 80, sem contar com os recursos (econômicos e políticos) para enfrentar as medidas de ajuste que se impunham naquele período. O país enfrenta, segundo FIORI(1992), um processo circular e crônico de instabilização macroeconômica e política: instabilidade da moeda; instabilidade do crescimento; instabilidade na condução das políticas públicas, etc. A política econômica terminou por submeter-se à própria volatilidade do processo econômico e político, ambos movendo-se em direções opostas. Foram contabilizados nesse período oito planos de estabilização monetária, quatro diferentes moedas (uma a cada 30 meses), onze índices de cálculo inflacionário, cinco congelamentos de preços e salários, quatorze políticas salariais, dezoito modificações nas regras de câmbio, cinquenta e quatro alterações nas regras de controle de preços, vinte e uma propostas de negociação da dívida externa e dezenove decretos sobre a autoridade fiscal.

O insucesso dessas múltiplas tentativas, bem como a análise de outras experiências latinoamericanas, parecem indicar que as condições para um processo de estabilização e retomada do crescimento são múltiplas e complexas, cuja natureza transcende as medidas apenas de política econômica. Mesmo estas medidas, como assinala TAVARES (1993), contiveram algum elemento de "heterodoxia" e implicaram o fortalecimento político-econômico do Estado, além de contar com forte absorção de recursos externos; demonstrando que as razões do "sucesso" da estabilização em algumas experiências latinoamericanas eram completamente alheias às políticas recomendadas pelo FMI e congêneres.

As condições apontadas acima, portanto, têm a ver, por um lado, com questões de ordem estrutural que dizem respeito à estrutura econômica, política e social prévia ao ajuste. O Brasil no início dos anos 80 já havia se tornado o caso mais avançado de industrialização da América Latina, tanto pelo porte de sua indústria como pelo grau de articulação interindustrial e por sua inserção internacional. Para este tipo de economia não era possível um ajuste "passivo" à nova ordem econômica mundial, na medida em que não possuia complementariedades decisivas com qualquer

bloco comercial regional. O caminho de um "ajuste estratégico", com uma profunda reestruturação produtiva e tecnológica, parecia estar impedido não pela força do Estado brasileiro, mas por sua fragilidade, como apontamos acima. Essa fragilidade também expressava-se na incapacidade desse Estado em disciplinar simultâneamente o trabalho (embora seja este sempre elo mais frágil), o capital (com grande heterogeneidade de interesses) e a si próprio.

Na virada dos anos 90 o retorno à ortodoxia, acompanhado da "onda" neoliberal, chegou de forma "retardatária" (mais uma vez) ao Brasil.

As razões do surgimento desse tipo de proposta encontravam-se, de um lado, no agravamento da crise econômica em 1989-90 e, de outro, no esgotamento do Estado Desenvolvimentista brasileiro.

A expressão máxima do esgotamento do Estado Desenvolvimentista deu-se ao final do governo Sarney, quando culminou o processo de transição democrática onde, apesar da evidente hegemonia conservadora na sua condução, também encontramos movimentos sociais ativos e propostas alternativas de gestão pública em alguns níveis e setores de governo. A erosão da autoridade governamental com a ausência crescente de legitimidade, enfrentando uma sociedade carente de consensos e hegemonias, sem parâmetros de ação coletiva, sofrendo os impactos de uma economia destruída pela hiperinflação, tudo isso levou à insustentabilidade da situação política e econômica e a um sentimento generalizado da necessidade de uma mudança radical de rumo.

A eleição presidencial, que em si já representou uma ruptura após 30 anos de autoritarismo, consagrou, através do voto majoritário, um candidato que, ao mesmo tempo representava a direita política e conseguiu aglutinar em torno de sí amplos setores da população, ao propor uma "reformulação profunda" da situação vigente. É nesse quadro que o Governo Collor lançou seu plano de estabilização e reforma econômica, magnificado por uma crescente vontade "rupturista", que passou a ocupar o epicentro da vida política e econômica, deixando perplexos e paralisados setores de diversos "matizes" político-ideológicos da sociedade brasileira ([3]).

Aos poucos os contornos neoliberais do projeto do governo tornavam-se mais nítidos, bem como as suas consequencias, sobretudo sociais.

O eixo central na condução da política econômica era o combate à inflação, através do "Plano de Estabilização", cujo sucesso passou a ser condição "sine qua non", segundo o discurso governista, para a retomada do crescimento. Para a consecução desse objetivo qualquer meio era justificável, inclusive uma recessão sem limites.

Além da estratégia central de combate à inflação vía recessão, outras propostas emergiram do chamado projeto neoliberal brasileiro, cuja articulação entre sí e com uma estratégia global, prazos e formas de viabilização ficavam pouco claras ou explicitadas no discurso e na prática governistas. A maioría delas no entanto, salvo algumas peculiaridades "nativas", eram muito semelhantes ao receituário neoliberal já visto anteriormente.

Assim, colocava-se a proposta de "desregulamentação" da economia que, básicamente, defendia a abolição da regulação do Estado sobre os preços da economia em geral e sobre as relações capital-trabalho. Essa regulação, considerada como geradora de "distorções", seria substituída pelo

"livre jogo do mercado", cujos mecanismos de regulação seriam automáticos, técnicamente isentos, proporcionando assim uma distribuição de recursos mais "racional".

A retirada do Estado ou a sua renúncia enquanto agente econômico produtivo e empresarial, foi outra das propostas integrantes do projeto. Daqui se derivavam as propostas de privatização das empresas estatais, o que contribuiría para a redução (estratégica) do setor público.

Um dos componentes ideológicos por trás desse tipo de proposta era a idéia de que o setor público caracterizava-se, por princípio, em qualquer circunstância, como ineficiente e ineficaz, ao contrário do setor privado, o único a possuir uma "racionalidade" e uma "vocação" capazes de levar ao crescimento econômico. As possibilidades de sucesso da proposta privatizante estariam assim garantidas desde que o Estado não interferisse.

Queremos destacar que essa ideologia espalhou-se para além dos limites do setor produtivo, estendendo-se para a Área Social, como a Saúde e a Educação, onde a "superioridade" do setor privado foi também apregoada. Durante muitos anos a lógica privatista dominou esses setores (entre outros) do ponto de vista das políticas e práticas governistas. Os resultados são fácilmente verificáveis, não causados pelo "excesso" de Estado, mas pela sua privatização interna.

Aqui podemos encaixar, na sequencia, outra idéia cara ao neoliberalismo (e explicitada no receituário do FMI e do consenso de Washington) que é a do estabelecimento de um "Estado Mínimo" que cumpra apenas com algumas funções básicas como a educação primaria, a saúde pública e a criação e manutenção de uma infraestrutura essencial ao desenvolvimento econômico. Ou seja, a proposta era a de que o Estado se afastasse das funções que não fossem "prioritárias" para a alavancagem de um desenvolvimento "autônomo" e "auto-sustentado".

Nesse conjunto de proposições que compunham o modelo no qual se baseava o governo Collor, encontrava-se ainda a idéia de que com a privatização e a redução do tamanho do Estado de modo geral se estaria reduzindo o Gasto Público, com o que se eliminaria o Déficit Público, os dois grandes causadores de quase todos os "males", sobretudo o da inflação. Nesse particular presenciamos no governo Collor um "festival" de medidas como a demissão de funcionários, venda de automóveis e mansões, entre outras do mesmo teor, que foram denominadas de "Reforma Administrativa". Evidentemente essas medidas, ao lado de outras de consequencias mais graves, como a violenta redução do gasto social, não resultaram nem na eliminação do déficit público e muito menos na redução da inflação.

Para fechar o discurso neoliberal, tínhamos na pauta governista um segundo elenco propositivo que dizia respeito à chamada "liberalização do comércio exterior" (peça chave, como já vimos, do ideário neoliberal mundial). Seu propósito essencial sería o de tornar a nossa economía mais "internacionalizada" e "moderna", fazendo com que as estruturas produtivas internas pudessem competir "livremente" no mercado internacional. Alcançaríamos assim o fim último de "ingressarmos no primeiro mundo", palavra de ordem recorrente, no limite da exaustão, em todos os discursos do presidente Collor.

Um dos elementos dessa política de abertura ao exterior foi a liberalização das importações. O acesso às importações de insumos e produtos a preços competitivos era visto como instrumento de

aumento da competitividade interna, eliminando distorções protecionistas e provocando a queda nos preços. Com o "sucesso" do plano de estabilização e os incentivos indiscriminados às importações, teríamos um verdadeiro "paraíso" em termos de criação de uma atmosfera favorável à entrada de capitais internacionais.

As principais críticas a esse elenco de medidas neoliberais, apontavam seus principais limites estruturais e conjunturais e suas principais consequências num cenário onde viessem a ser implementadas.

Do ponto de vista da sua eficácia, as evidências a partir de algumas experiências em alguns países (inclusive o Brasil em vários momentos do período autoritário), mostram, por um lado, que o "sucesso" relativo na queda da inflação (queda esta que, pelo menos no nosso caso, nem sempre ocorreu) foi acompanhado de consequencias sociais, políticas e econômicas, hoje visíveis, gravíssimas. No exemplo paradigmático para a América Latina, a experiência chilena (apresentada no capítulo anterior), um dos ingredientes fundamentais do "sucesso" foi a força de uma ditadura (das mais violentas da história do nosso continente) que cunhou a expressão "Fascismo de Mercado".

A extensão da recessão para atingir os objetivos pretendidos pelo ajuste neoliberal no Brasil, além de inimaginável, atingiria a sociedade de modo extremamente desigual. Mais uma vez o preço a ser pago pelos mais frágeis - os de baixa renda e os agentes econômicos de menor poder de concentração de capital e menor capacidade de operação de sua própria liquidez - seria muito alto.

Política e socialmente tornava-se inviável, no Brasil, a manutenção de uma recessão tão profunda, tão prolongada e tão generalizada, cujos efeitos "estabilizadores" pretendidos pareciam ser, além de remotos, bastante questionáveis. Estes efeitos podiam ser verificados através de alguns indicadores que já evidenciavam uma recessão profunda, um recrudescimento da inflação, e, sobretudo, uma precarização da situação social (desemprego, baixos salários, etc) aliada à uma "pauperização" das políticas sociais, a qual agravava ainda mais a situação.

No que diz respeito à "desregulamentação da economia", a abolição pura e simples da regulação por parte do poder público levaria ao chamado "darwinismo de mercado", cujas consequências sobre uma estrutura extremamente desigual como a brasileira, tanto do ponto de vista do capital como do trabalho, seriam, mais uma vez, o fortalecimento dos mais fortes e a evidente impossibilidade da "livre concorrência" por parte dos mais fracos. Assim propostas como a livre negociação, numa situação de extrema heterogeneidade em termos de poder real de pressão e negociação, não passam de mera retórica. Some-se a isto o agravamento dessa desigualdade pela recessão (também incluída na estratégia governamental como peça fundamental, como foi visto), e o discurso "liberal" beira as raias do cinismo.

Todo esse ideário de retirada do Estado e de redução de seu tamanho surgiu como reação à crise econômica, sem levar em consideração, no entanto, sua verdadeira causalidade. A proposta neoliberal também fez questão de omitir o papel histórico desempenhado pelo Estado na estruturação do nosso capitalismo, desde a origem marcado pelo seu caráter tardio e dependente. Foi o Estado que impôs as políticas econômicas necessárias ao avanço da industrialização, além de possibilitar a participação do país no comércio internacional ([4]).

Históricamente houve um aumento progressivo das dificuldades de engajamento do Brasil na la. e 2a. Revoluções Industriais, e, ao que tudo indica, as dificuldades de inserção na 3a. Revolução Industrial parecem ser ainda de maior complexidade. O traço fundamental desta 3a. Revolução Industrial foi a violenta reconcentração de capital nos principais oligopólios dos países centrais, diminuindo acentuadamente seus graus de concorrencia, ampliando seu poder financeiro, de mercado e de controle da tecnologia. Esse poder, portanto, passou a depender crescentemente dos grandes bancos e empresas transnacionais, deslocando as grandes decisões sobre financiamento, transferência de tecnologia, produção e comércio da órbita institucional predominantemente pública para a predominantemente privada (5).

A tradução disto, no entanto, ao nível dos diferentes países não foi a "retirada do Estado". Mesmo com o aprofundamento da crise econômica (e sobretudo após a tentativa de retomada da hegemonia norteamericana, principalmente em países como o nosso mais suscetíveis às movidas econômicas dos EUA), quando a tendência dominante se desloca para o controle das políticas monetária e fiscal de ajuste macroeconômico, o Estado não só não abre mão do seu papel estruturante, como em alguns casos assume medidas claramente neoprotecionistas diante do agravamento das condições de concorrência.

Nesse cenário internacional, as propostas de "liberalização comercial" e abertura de mercado para investimentos internacionais estão evidentemente fadadas ao insucesso. O quadro real em que se desenvolvem as relações econômicas internacionais, onde as negociações passam pela constituição de blocos de países, configura uma situação que exclui o Brasil da rota preferencial dos fluxos internacionais de investimento direto. Diante dessa impossibilidade de que uma nova "onda" de investimentos internacionais "inunde" o país, fica inviabilizada a dinâmica entre capital internacional e investimentos complementares de capitais nacionais públicos e privados, única alternativa históricamente comprovada no Brasil de alavancagem de um novo ciclo de crescimento prolongado (6).

A liberalização indiscriminada das importações trouxe (e traz) ainda outras importantes dimensões para a discussão de suas consequências. Uma delas é a de que o alegado aumento da "competitividade" trouxe (e traz) consigo, na realidade, um enorme potencial de destrutividade. Segmentos inteiros da nossa economia foram desmantelados, com todas as sequelas econômicas e sociais conhecidas, como por exemplo o desengajamento de parte de nossa força de trabalho.

Outra dimensão do problema é a de que a manutenção de um patamar alto de importações (seja pelo aumento da demanda por bens de consumo importados pelas classes altas, seja pela "modernização" da estrutura produtiva acima apontada), aliada ao pagamento da dívida externa, implica num ajuste muito forte a fim de possibilitar saldos comerciais elevados. Aquí se manifesta mais uma inconsistencia da estratégia neoliberal, cujos resultados são apenas a importação de bens não relevantes para fins de desenvolvimento, e o agravamento ainda maior da situação de importação de bens de produção, dado pela recessão e pelo aumento das incertezas. Ou seja, correríamos o risco de termos uma recessão ainda maior por conta de um ajuste ainda mais severo, sem que as dificuldades de concorrência e de acesso à tecnologia fossem superadas (7).

Outra ordem de consequências das políticas neoliberais foi o agravamento da já iníqua situação de alocação de recursos para as **Políticas Sociais**. Provocou-se uma recessão, aumentando o desemprego e piorando ainda mais a situação dos mais carentes, o que óbviamente desencadeou uma elevação na demanda por benefícios e serviços sociais (particularmente os relacionados à Seguridade Social, como Previdência e Saúde, objeto de investigação nesta tese). Neste quadro, a proposta do governo Collor foi a de cortar ainda mais os gastos públicos. A resultante dessa perversa combinação, em um país como o Brasil, onde a pobreza não é residual, foi (e continua sendo) o agravamento da miséria, associada ao total desmantelamento das políticas sociais.

Talvez, ou certamente, a única resultante dessa situação que nos aproximou da tão almejada "modernidade primeiro-mundista" foi a geração de uma "nova" pobreza. Para milhões de brasileiros, no entanto, que sequer conhecem o que seja Cidadania, onde reside a verdadeira modernidade, esta não passa de "uma perspectiva, que o mito do mercado, revificado pelo projeto neoliberal do atual governo, transformou em remota quimera. Em particular para aqueles que estão (literalmente) na rua e não tem como captar seus sinais" ([8]).

São, portanto, razões de outra natureza - de ordem estrutural e conjuntural - cujas determinações externas e internas se articulam na expressão de uma realidade muito mais complexa e contraditória, permeada de razões políticas (ao contrário do discurso asséptico, simplista e linear do neoliberalismo), que tornam inviáveis as propostas neoliberais no Brasil. Esta inviabilidade torna-se ainda mais patente com relação às Políticas Sociais, como analisamos na sequência.

NOTAS

(1) Ver a esse respeito, FIORI, 1984.
(2) Ver CANO,1990.
(3) Ver FIORI, 1990.
(4) Ver acerca dessa discussão CANO, op.cit., e CANO, 1993.
(5) id.ibid.
(6) Ver TEIXEIRA, 1990.
(7) Ver toda essa discussão em CANO, op.cit.; e CARDOSO DE MELLO, em Seminário no IE/UNICAMP, 1990.
(8) Ver VIANNA, 1990.

CAPÍTULO II: BRASIL

2. Brasil: desigualdades sociais e pobreza nos anos 80 e início dos anos 90

2.1 - As transformações estruturais

O agravamento da situação social que ocorreu na América Latina nos últimos quinze anos, no Brasil assume contornos particularmente dramáticos, pela sua extensão, profundidade e complexidade. O número de pessoas e famílias em situação de pobreza, indigência e/ou miséria, sua distribuição por todas as regiões e estados do país, em áreas urbanas e rurais, o distanciamento entre os mais pobres e os mais ricos e a multiplicidade de formas que a pobreza assume no Brasil, não encontram precedentes na região. Tudo isso torna mais difícil e complexa não apenas diagnosticar com precisão as situações de pobreza mas, sobretudo, a tarefa de combatê-las.

Inúmeros trabalhos, nacionais e internacionais, com diferentes abordagens metodológicas, teóricas e políticas, têm tratado da questão da desigualdade social e, particularmente, da pobreza hoje no Brasil. Poucos são os estudos, no entanto, que relacionam o agravamento da desigualdade social e da pobreza com as políticas de ajuste. Isto se deve, sobretudo, porque no Brasil os ajustes que combinaram uma política recessiva com cortes nos gastos sociais ocorreram apenas no início dos anos 80 e após 1990. Para este último período, existem ainda poucos dados, tendo em vista o atraso do último Censo. A maioria dos estudos se baseiam na PNAD-1990, sobre a qual, inclusive, paira uma série de controvérsias metodológicas.

Analisando as transformações socio-ocupacionais do Brasil entre 1960 e 1980, e suas relações com a crise social dos 80, a CEPAL ([1]) afirmava que de todos os países da América Latina, o Brasil parecia ter "as melhores esperanças de recuperar bons ritmos de crescimento". Apesar disso, seus problemas sociais surgem da conjugação de fatores mais "intransigentes", como a "fraca expansão educativa, o auge da população em idade ativa, e o baixo ritmo de criação de emprego produtivo". Tudo isso expressando-se em "altas taxas de subemprego e pobreza, e na dificuldade para manter o ritmo histórico de mobilidade ocupacional ascendente" ([2]).

O problema social, nesse período, iria além das flutuações conjunturais nos níveis de desemprego e de renda *per capita*, e responderia, em grande medida, ao fato de que havia deixado de operar de forma viável a "lógica social" do "estilo" imperante no Brasil nas décadas anteriores à crise. Nesse estilo, um inaudito processo de desenvolvimento produtivo provocou uma total transformação da estrutura social brasileira, constituindo, em poucas décadas, uma sociedade de estrutura capitalista moderna mas "periférica", desequilibrada e contraditória.

A partir da análise dos dados censitários, a CEPAL ([3]) conclui que em 20 anos, de 1960 a 1980, a estrutura social brasileira experimentou uma "transformação geral de uma envergadura e uma velocidade inusitadas". Esta transformação correspondeu, em linhas gerais, a uma transição para a chamada "modernização social", associada ao desenvolvimento capitalista da economia, ainda que com "vários matizes inesperados e com não poucos desequilíbrios e distorções". A industrialização, a

urbanização e a expansão educativa, combinados com a explosão e transição demográficas, levaram a profundas mudanças no peso relativo dos principais setores socio-ocupacionais, em seus perfis e suas relações com outros setores, e até em suas próprias identidades sociais.

O resultado dessas mudanças foi a criação de grandes grupos socio-ocupacionais com características novas: um campesinato que decresce em números absolutos, com uma persistente pobreza, mas com uma diferenciação interna de um subsetor de "farmers" que melhoram sua posição econômica relativa; um setor informal urbano que cresce pouco mas que se "moderniza"; um proletariado que cresce fortemente mas que perde participação relativa na renda; o surgimento de um setor popular urbano "terciarizado", que se expande rápidamente em ocupações "não-manuais" semiqualificadas e mal remuneradas; e um setor de classe média alta que também se expande, se diferencia internamente, e se complexifica em sua identidade como estrato social.

No entanto, grande parte desses processos de avanço e alta mobilidade estrutural ascendente foram "truncados" e até revertidos, quando se deflagra a grande crise financeira apenas um ano depois de coletados os últimos dados do Censo de 1980. O caráter brusco dessa interrupção no processo de modernização social não deve, no entanto, levar à subestimação dos processos ocorridos com antecedência à crise. Além desses processos ajudarem a entender as raízes da crise bem como suas implicações, a CEPAL chama a atenção que certos avanços -maior capacitação educativa da população, constituição de um amplo sistema integrado urbano-industrial, a maior incorporação da mulher na economia, e outras mudanças relacionadas-, não se perderam (a princípio) com a crise ([4]).

Entre as numerosas variáveis que incidiram no desencadeamento da crise, houve um impacto inegável das contradições de tipo social que guardam estreita relação com a própria lógica do estilo de desenvolvimento capitalista seguido pelo Brasil nas décadas de 60 e 70. "O recurso do endividamento pode entender-se, em parte, como uma tentativa de recuperar as altas taxas de crescimento do produto que tornaram possível, até 1974, um estilo de desenvolvimento que oferecia, ao mesmo tempo, a possibilidade de grandes lucros para estimular o investimento dos setores empresariais, a promessa de um consumo material cada vez mais elevado a diversos setores integrados à economia moderna, e a esperança de um ascenso para ocupações melhor remuneradas, para os setores excluídos." ([5])

Para além das demandas "corporativistas" de todos os setores por uma aumento contínuo em seus respectivos níveis de vida, e do "perigo em potencial" que representavam os excluídos para a estrutura existente de poder (caso chegassem a perder a "expectativa" de mobilidade econômica para si e para seus filhos), o modelo ele próprio perderia sentido se não lograsse encontrar algum "motor" de desenvolvimento econômico que fizesse crescer a oferta de ocupações no setor moderno a um ritmo maior que o do crescimento da PEA. A única alternativa que não continha uma mudança fundamental de "estilo" era a do endividamento, para manter a expansão do setor e o mercado "modernos" e ao mesmo tempo construir a infraestrutura de um esperado "novo milagre". Em termos sociais, assim como os econômicos, se logrou postergar a crise do "estilo", intensificando, no entanto, seu impacto acumulado ([6]).

Os efeitos da crise sobre essa "nova" estrutura social que emergia de um processo acelerado e desigual de modernização, e os impactos sociais das tentativas de ajustamento econômico na primeira metade da década dos 80, passam a ser os objetos sobre os quais será dirigido o foco desta análise.

Ao mapear a "Questão Social" no período 1980/1990, estudo do IBGE ([7]) aborda as mudanças demográficas, no mercado de trabalho e no perfil de rendimentos; as dimensões da Pobreza; as condições de Saneamento Básico; e as condições de Educação. Note-se, de saída, o caráter mais abrangente da abordagem da questão social, não se limitando à questão da renda, e, sobretudo, incorporando indicadores relacionados com a prestação de serviços públicos, os quais nos interessam particularmente nesta tese. Chamaríamos a atenção apenas para a ausência de indicadores de condições de saúde, tanto do perfil de morbi-mortalidade (a Mortalidade Infantil é incorporada apenas enquanto indicador demográfico) quanto do perfil de oferta de serviços de saúde.

A **população** brasileira cresceu 23,5% na última década, passando para 146.917.459 habitantes em 1991, segundo o último recenseamento demográfico. A tendência, já verificada em décadas anteriores, de declínio da **taxa de crescimento demográfico** acentuou-se, passando para 1,9% *versus* 2,5% na década de 70. Tal declínio está diretamente relacionado com a queda da **taxa de fecundidade total**, que de acordo com as estimativas do IBGE teria passado para 2,7 filhos em média (em 1980 era de 4,4). Os fatores explicativos desta queda que vêm sendo apontados são o acelerado processo de urbanização, a maior participação da mulher no mercado de trabalho, as restrições impostas por um contexto de crise econômica, além da difusão de métodos anticoncepcionais nos anos 80, práticamente generalizado para todas as regiões e classes sociais. Outras estimativas, baseadas nos resultados preliminares do Censo Demográfico de 1991, acrescentam informações para o estágio atual de transição demográfica no Brasil, apontando para um declínio da **taxa bruta de natalidade** de 33% em 1980 para cerca de 25% em 1991, fixando entre 6,5% e 7% a **taxa bruta de mortalidade** para este último ano. Caso estas previsões sejam confirmadas, a natalidade não estaria apresentando um declínio compatível com o da fecundidade, o que se explicaria pelo ainda elevado número absoluto de mulheres tendo filhos no início da década de 90 ([8]).

A tendência à **urbanização** foi confirmada: mais de 3/4 da população brasileira residia em cidades em 1991 (a taxa de urbanização passa de 67,6 em 1980 para 75,5 em 1991). No entanto, mudanças no padrão de urbanização foram registradas nos anos 80, com um processo de desconcentração, expresso sobretudo no incremento maior dos municípios de porte médio (entre 100.000 e 500.000 habitantes). Embora a posição relativa do conjunto das regiões metropolitanas tenha permanecido praticamente constante no período, sua taxa de crescimento demográfico - 2% - situou-se bem abaixo daquela registrada nas áreas urbanas não metropolitanas - 3,6% ([9]).

Os dados também apontam para um declínio da população **rural** em termos absolutos, com uma taxa geométrica anual negativa de -6,6 no período. Também foram registradas mudanças na **distribuição regional** da população, tanto em função dos diferenciais inter-regionais de fecundidade como da persistência dos fluxos migratórios (embora com menor intensidade que na década de 70)

em direção às regiões Norte e Centro-Oeste. Dessa forma, as regiões Nordeste, Sul e Sudeste tiveram sua posição relativa reduzida ([10]).

Com relação à **mortalidade**, sua taxa bruta parece ter atingido níveis consistentemente baixos. Com dados apenas até 1989, também se observou ao longo do período a queda da **mortalidade infantil**, passando de 75 óbitos de menores de um ano por mil nascidos vivos em 1980 para 45 óbitos em 1989. Note-se que esta taxa é ainda extremamente alta quando comparada à de outros países, mesmo com níveis de desenvolvimento semelhantes; isto sem falar nas enormes diferenças regionais e por classes sociais. Esta heterogeneidade já fica demonstrada com os dados de 1989: a taxa de mortalidade infantil variava de 33 por mil na região Sudeste a 75 por mil no Nordeste; nas famílias com renda *per capita* superior a 1(um) salário mínimo essa taxa era de 33,3 por mil, enquanto que nas famílias com renda *per capita* de até 1(um) salário mínimo era de 75,2 por mil ([11]).

A **esperança de vida ao nascer** apresentou comportamento semelhante, com melhoria ao longo da década - passando de 60,1 anos em 1980 para 65,6 em 1990 -, e fortes diferenças regionais e sociais. A média obtida para o grupo mais pobre da região Nordeste - 51,5 anos - contrasta com a do grupo mais rico da região Sudeste - 75 anos -, com um diferencial equivalente a 23,5 anos de esperança de vida ([12]).

Quanto às mudanças no **Mercado de Trabalho**, foram detectadas, nos anos 80, novas e relevantes mudanças no perfil de **trabalho** e **rendimento**. Por um lado, houve elevação da **taxa de atividade global** de 53,4% em 1981 para 56,7% em 1990. Embora generalizada, esta tendência obedeceu alguns critérios que definiram o **perfil da população ocupada em 1990**: acréscimos significativos das pessoas ocupadas em idade adulta (45,8% na faixa de 25 a 59 anos e de 50,9% na de 60 anos e mais), evidenciando um maior grau de envelhecimento; níveis mais elevados de escolaridade (87,4% com 8 a 11 anos e 86,6% com 12 ou mais anos de estudo); elevada participação do sexo feminino (55,5%); e concentração em atividades urbanas e não-agrícolas (49%) ([13]).

Aqui o **setor terciário** foi o principal responsável pela geração de novos postos de trabalho. Ao contrário do setor secundário, que entre 1981 e 1990 não chegou a absorver 20% do aumento global de pessoas ocupadas, o setor terciário absorveu 78% (cerca de 13 milhões de pessoas) do acréscimo total de pessoas ocupadas no mesmo período. Além disso, como sua expansão não se deu de forma pontual e sim ao longo de todo o período, com uma taxa média anual superior a 5%, o terciário respondia, em 1990, por mais da metade (55,2%) do total de pessoas ocupadas ([14]).

Para esse fenômeno de **terciarização** concorreram diversos fatores: além dos processos de ajuste produtivo, da externalização de serviços industriais, da ampliação e diversificação da rede de comércio e serviços, também contribuiu a **política compensatória de emprego público**. Esta fez com que a participação relativa do **setor público** na distribuição setorial de pessoas ocupadas passasse de 8% em 1981 para 9,7% em 1990 ([15]). Outro importante fator que contribuiu para a terciarização foi a expansão de atividades precárias, incluídas no âmbito da chamada economia "informal". O acentuado incremento de pessoas ocupadas no comércio ambulante - 91,3% - é um

bom exemplo. Esta permanência ou "recriação" das chamadas atividades "não organizadas" ([16]) responderiam, também, a uma estratégia de sobrevivência de grupos da população.

A elevação da **participação econômica das mulheres**, que passam a representar 35,6% da população ocupada total em 1990, também se deu de forma heterogênea. Boa parte dessa força de trabalho estaria também inserida no contexto de terciarização acima apontado, na medida em que mais da metade (51,8%) do incremento absoluto de mulheres, observado no mercado urbano na década, se deu a custas de ocupações manuais de menor qualificação. Não obstante isso, houve também uma diversificação dos postos de trabalho femininos, com um afluxo de mulheres a ocupações de melhor *status* social, evidenciado pelo crescimento das ocupações urbanas de nível superior e gerenciais, que evoluiram a taxas médias anuais de aproximadamente 10% ([17]).

Quanto à **participação dos menores** (entre 10 e 17 anos) no mercado de trabalho, embora ela tenha decrescido em termos proporcionais no conjunto das pessoas ocupadas (de 14,2% para 11,6% entre 1981 e 1990, em termos absolutos essa participação permanece em patamares elevados (2.873.523 crianças na faixa de 10 a 14 anos e 4.425.822 adolescentes na faixa de 15 a 17 anos em 1990). Em termos comparativos, a taxa de atividade infantil brasileira (17,2% em 1990) é bem superior à de outros países inclusive mais pobres, como a Indonésia (11,1%), Marrocos (14,3%), República Dominicana (15,5%), sendo ultrapassada apenas pelo Paraguai (19,9%) e Haiti (24,4%) ([18]). Por outro lado, a imensa maioria também trabalha em condições extremamente adversas, com longas jornadas de trabalho (65% mais de 40 horas semanais), tarefas pouco qualificadas, ausência de proteção trabalhista (apenas 25,6% possuem carteira assinada) e remuneração inferior ou equivalente ao estabelecido por lei (**86,2%** tem rendimento de até 1 salário mínimo) ([19]).

A participação das mulheres e dos menores no mercado de trabalho não pode ser analisada exclusivamente do ponto de vista apenas quantitativo. No caso das mulheres, para aquela maioria que trabalha em ocupações de baixa qualificação, geralmente o "trabalho" não é dignificante, significando, pelo contrário, um aviltamento das suas condições de vida. Este aviltamento é extensivo à família, sobretudo crianças e velhos dependentes de seus cuidados. No caso dos menores, além das condições de trabalho acima apontadas, o custo social em termos do que significa para o menor e para a sociedade a renúncia a um nível de escolarização maior é, evidentemente, enorme. Neste sentido, os dados também são alarmantes: as taxas de escolarização cai abruptamente de 84,2% na faixa de 10 a 14 anos para 56,8% na de 15 a 17 anos, faixa onde se observa o aumento da participação no mercado de trabalho: de 17,2% para **50,4%** ([20]).

Outros dois fenômenos relativos ao mercado de trabalho são apontados na comparação entre 1981 e 1990: a perda da importância relativa do assalariamento, em contraposição à produção independente, e a redução na proporção de trabalhadores vinculados à Previdência Social ([21]).

Os dados da Tabela abaixo indicam que a participação dos **empregados particulares** no total das pessoas ocupadas em **atividades não agrícolas** declinou de 56,2% para 52,3% no período, enquanto que os **trabalhadores autônomos** e pequenos **empregadores** em atividades urbanas ampliaram sua participação no mercado de trabalho. A maior variação percentual do período correu por conta também dos **empregadores**, com um crescimento de 124%; enquanto que a menor foi para

os empregados domésticos, os quais, inclusive, reduziram sua participação relativa de 8,7% para 8,1%. Destaque-se o aumento da participação dos **não remunerados** nas categorias urbanas, os quais apresentaram um crescimento de 77,6% entre 1981 e 1990 (a segunda maior variação percentual do período), com um crescimento médio anual de 6,6%. Finalmente, os **empregados públicos** também aumentam sua participação (de 11,3 para 12,6), com um crescimento de 65% no período (o terceiro maior). Este crescimento deve ter compensado, em alguma medida, a perda do emprego assalariado privado.

Nas categorias **agrícolas**, note-se que cai a participação dos **não remunerados**, que apresentam, inclusive, uma variação percentual negativa no período. Por outro lado, os **empregadores** além de aumentar sua participação no período, apresentam crescimento da ordem de 43%. Os empregados particulares e autônomos não sofrem alterações nas suas participações, crescendo muito pouco (em torno de 0,7%) no período.

PESSOAS OCUPADAS NO MERCADO DE TRABALHO POR FORMA DE INSERÇÃO
1981/1990 - BRASIL

Categorias de inserção	Anos		Variação percentual	
	1981	1990	Período	Anual
TOTAL (1000 pessoas)	44.745,2	60.628,0		
Distribuição relativa (%)	100,0	100,0	35,5	3,4
Empregadores	3,2	4,7	97,8	7,9
Empregados públicos(1)	8,0	9,7	65,2	5,7
Empregados particulares(2)	50,4	48,8	31,1	3,1
Empregados autônomos	22,3	22,6	37,4	3,6
Trabalhadores domésticos	6,1	6,2	36,6	3,5
Não remunerados	10,0	8,1	9,2	1,0
Não agrícolas(1000 pessoas)	31.450,7	46.509,7		
Distribuição relativa (%)	100,0	100,0	47,9	4,4
Empregadores	3,1	4,7	123,9	9,4
Empregados públicos(1)	11,3	12,6	65,2	5,7
Empregados particulares(2)	56,2	52,3	37,7	3,6
Empregados autônomos	18,9	20,1	57,6	5,2
Trabalhadores domésticos	8,7	8,1	36,6	3,5
Não remunerados	1,8	2,2	77,6	6,6
Agrícolas (1000 pessoas)	13.294,5	14.118,6		
Distribuição relativa (%)	100,0	100,0	6,2	0,7
Empregadores	3,5	4,7	42,6	4,0
Empregados particulares(2)	36,6	36,9	7,0	0,7
Empregados autônomos	30,4	30,9	7,8	0,8
Não remunerados	29,5	27,5	(-)0,8	0,0

Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Departamento de Emprego e Rendimento
NOTA - Exclusive os sem declaração nas variáveis pesquisadas e os com ocupações mal definidas
(1) Inclusive ensino, previdência social e serviços médicos públicos
(2) Exclusive ensino, previdência social e serviços médicos públicos.

No **total das pessoas ocupadas**, houve também queda da proporção de **contribuintes à previdência social**: se em 1981, 67,5% dos ocupados contribuiam para a previdência, em 1990 apenas 62,8% o faziam (ver Tabela abaixo). O grupo que determinou essa redução foi o dos empregados particulares, onde os contribuintes passaram de 44,9% para 40,3% no período. Em contrapartida, houve relevante aumento dos **ocupados sem contribuição** (de 32,5% para 37,2%), com taxa de crescimento anual média de 6,0% no período. Todas as categorias ocupacionais (a exceção dos trabalhadores domésticos) aumentaram sua proporção de não-contribuintes. Aqui os que mais aumentaram sua participação no total foram os autônomos (de 11,0% para 14,1%), seguidos dos empregados particulares e dos empregadores. Chama a atenção que em termos de taxas de crescimento anual os que deixaram de contribuir para a previdência cresceram mais nos empregadores (18,0% a.a.), nos ocupados em ocupações de nível superior e gerencial tanto empregados particulares como autônomos (13,8% e 12,1, respectivamente). Ou seja, em termos proporcionais aqueles melhor situados na escala ocupacional, e que portanto auferiram, em princípio, maiores rendimentos no período, diminuiram seu nível de contribuição à previdência social ([22]).

PESSOAS OCUPADAS EM ATIVIDADES NÃO-AGRÍCOLAS POR CATEGORIAS SOCIO-OCUPACIONAIS SEGUNDO CONTRIBUIÇÃO PREVIDENCIÁRIA - BRASIL

Categorias socio-ocupacionais e contribuição previdenciária	Particip. no total 1981	1990	Taxa de crescim.anual 1981-1990
TOTAL(1000 pessoas)	31.450,7	46.509,7	
COM CONTRIBUIÇÃO(1000 pessoas)	21.215,1	29.208,1	3,6
Distribuição relativa (%)	67,5	62,8	-
Empregadores	2,8	3,7	7,6
Empregados públicos(1)	9,9	10,8	5,5
Empregados particulares(2)	44,9	40,3	3,2
ocupações de nível superior e gerencial	3,3	3,5	5,3
ocupações de nível médio	11,9	11,2	3,8
ocupações manuais	29,8	25,6	2,7
Trabalhadores autônomos	7,8	6,0	1,4
ocupações de nível superior e gerencial	0,4	0,5	6,9
ocupações de nível médio	0,6	0,7	5,3
ocupações manuais	6,8	4,8	0,5
Trabalhadores domésticos	2,0	1,9	3,8
Não remunerados	0,1	0,1	1,4
SEM CONTRIBUIÇÃO(1000 pessoas)	10.235,6	17.301,6	6,0
Distribuição relativa (%)	32,5	37,2	-
Empregadores	0,3	1,0	18,0
Empregados públicos(1)	1,5	1,9	7,6
Empregados particulares(2)	11,3	12,0	5,1
ocupações de nível superior e gerencial	0,2	0,4	13,8
ocupações de nível médio	1,1	1,4	7,4
ocupações manuais	10,1	10,2	4,6
Trabalhadores autônomos	11,0	14,1	7,3
ocupações de nível superior e gerencial	0,1	0,2	12,1
ocupações de nível médio	0,5	0,8	10,1
ocupações manuais	10,4	13,1	7,1
Trabalhadores domésticos	6,7	6,1	3,3
Não remunerados	1,7	2,1	7,0

Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Departamento de Emprego e Rendimento
NOTA: Exclusive os sem declaração nas variáveis pesquisadas e os com ocupações mal definidas.
(1) Inclusive ensino, previdência social e serviços médicos públicos.
(2) Exclusive ensino, previdência social e serviços médicos públicos.

O **perfil dos rendimentos** dos ocupados, em termos reais no período entre 1981 e 1990, permaneceu estável (4,9 salários mínimos em média). No entanto, ao ser analisado por setor de atividade e por forma de inserção dos agentes no mercado de trabalho, alterações significativas são observadas.

A nível setorial, no mesmo período, enquanto os trabalhadores da indústria de transformação viram seus rendimentos médios reduzidos em 15,5%, os ocupados na prestação de serviços e no comércio estabelecido aumentaram -nos em 9,7% e 8,2%, respectivamente ([23]).

Analisando por forma de inserção, os empregados particulares apresentaram perdas de modo generalizado. As quedas nos seus rendimentos foram de 23,9% para os situados nas ocupações de nível superior e gerencial; de 17,9% para os de nível médio; e de 14,7% para os de ocupações manuais. Por outro lado, os empregadores, os empregados no setor público ([24]) e os trabalhadores autônomos ampliaram seus rendimentos médios no mesmo período, ficando os maiores ganhos por conta dos autônomos de nível superior (12,9%) e de nível médio (10,5%).

Cabe ressaltar que essas alterações ocorreram num contexto de forte **concentração da renda**. Em termos de participação relativa na sua apropriação, apenas os 20% mais ricos lograram obter um aumento, sendo que este foi proporcionalmente maior para os 10% mais ricos. Houve também reconcentração no topo da pirâmide: a apropriação dos rendimentos dos 5% mais ricos passou de 31,9% para 34,4% entre 1981 e 1990; e a do 1% mais rico de 12,1% para 13,9% no mesmo período ([25]).

Em síntese, o perfil da distribuição de renda no Brasil em 1990 é, em termos comparativos, um dos mais perversos, com os 10% mais ricos se apropriando de quase a metade (48%) do total de rendimentos dos ocupados.

O estudo do IBGE (op. cit.) também aporta dados sobre alguns **indicadores sociais** relacionados com a **oferta de serviços públicos**, de particular interesse para esta tese.

Assim, os dados para os anos 80 evidenciam uma expansão significativa dos serviços de **saneamento básico** em todo o país. Em termos de cobertura da população, para o ano de 1990, 63,5% das pessoas eram abastecidas por água no interior do próprio domicílio; 37,2% possuíam instalações sanitárias de uso exclusivo ligadas à rede geral; e 61% tinham serviço de coleta de lixo ([26]).

Também aqui essa expansão não se deu de forma homogênea, nem entre regiões, nem entre áreas urbana e rural e grupos sociais. Na região Sudeste, em 1990, o esgotamento sanitário ultrapassou o nível de 50% de atendimento, sendo 73,2% de seus domicílios urbanos possuidores de instalação sanitária de uso exclusivo ligada à rede geral. Nas demais regiões, essa cobertura variava de um mínimo de 9,4% no Nordeste e um máximo de 36,5% na região Centro-Oeste. Essa diferenciação regional também se observa em termos de qualidade dos serviços. Segundo os dados da Pesquisa Nacional de Saneamento Básico, em 1989 mais de 80% do abastecimento de água nas regiões Sudeste e Sul rececebia tratamento convencional; já no Nordeste, essa proporção se reduzia para 69,4%, sendo que o restante recebia apenas tratamento parcial, desinfecção ou não recebia tratamento algum. Já nos municípios, os serviços permaneciam bastante precários no tocante ao tratamento do esgoto e do lixo: para o país como um todo, apenas 19% do volume coletado pelos sistemas de esgoto eram tratados, variando entre 26,9% na região Sul e 15,4% na região Norte. No tocante ao destino dado aos resíduos sólidos, 76,3% do total era lançado em vazadouros, 22,1% em aterros sanitários e 1,7% tratados em usinas de compostagem, reciclagem ou incineração. Apenas as

regiões metropolitanas de São Paulo, Rio de Janeiro e Belo Horizonte tratavam um percentual uma parte um pouco maior, mas ainda pequena, dos seus resíduos: 15,4%, 14,3% e 9,1%, respectivamente ([27]).

Em 1990, se o abastecimento de água através da rede geral (com ou sem canalização interna) estava generalizado nas **áreas urbanas** (alcançando 90% da sua população), nas rurais ele não atingia 16% da população. Os serviços de esgotamento sanitário apresentavam ainda um contraste mais acentuado: 48,5% da população urbana estava coberta em 1990, enquanto que a cobertura da população rural atingia apenas 5%. Esse favorecimento das áreas urbanas se deu, em especial, nas regiões metropolitanas. No interior dessas áreas urbanas também se verifica uma extrema **heterogeneidade** na cobertura desses serviços. A persistência de problemas de saneamento é diretamente proporcional ao crescimento das favelas e loteamentos clandestinos ou irregulares, indicando também a **desigualdade entre grupos sociais no acesso a serviços públicos** ([28]).

Esta desigualdade pode ser mensurada na avaliação por **grupos de renda**: em 1990 dos domicílios urbanos situados na faixa de renda até 1(um) salário mínimo mensal, 33,7% posssuiam instalações sanitárias adequadas (fossas sépticas ou rede geral); 56,1% tinham coleta de lixo e 52,4% eram ligados à rede geral de água, com canalização interna. Para aqueles domicílios situados em faixas de renda mais elevadas (acima de 10 salários mínimos), a cobertura da rede de esgotos era de 90%, e a de abastecimento de água e de coleta de lixo era superior a 95% ([29]).

O impacto dessa desigualdade pode ser também mensurado pelo diferencial entre as estimativas da **taxa de mortalidade infantil** nas famílias que dispunham ou não de infra-estrutura domiciliar adequada de saneamento. Naquelas famílias com renda *per capita* mensal de até 1/2 salário mínimo, as que posssuiam condições adequadas de saneamento apresentavam uma taxa de mortalidade infantil de 51,6 óbitos por mil nascidos vivos; enquanto que as que **não** possuiam essas condições, a taxa se elevava para **107,9 óbitos por mil** ([30]).

Finalmente, o segundo grupo de indicadores sociais levantados pelo estudo do IBGE (op.cit.) diz respeito à **Educação**. Também nesta área os dados apontam para um expansão dos níveis de educação formal da população brasileira na década de 80. Além da redução da taxa de analfabetismo das pessoas de 7 anos e mais (de cerca de 1/4 para 1/5), foram ampliadas as taxas de escolarização, sobretudo no grupo de 10 anos e mais com 8 anos ou mais de estudos, o qual passa de 18,3% para 25,0% ([31]).

No entanto, tais avanços não impediram que houvesse o crescimento absoluto do analfabetismo. Note-se que este crescimento se deu de forma mais intensa nas regiões metropolitanas do país, que apresentavam, em 1990, **20,2 milhões de analfabetos com dez ou mais anos de idade**.

Em termos comparativos, o Brasil continuava, ao final da década, com uma posição pouco favorável. Dados da UNESCO para esse período apontam que a taxa de analfabetismo do Brasil (18,7%) era mais de três vezes superior à da Argentina (4,5%) ou de Cuba (5,7%), sendo inferior apenas à da Bolívia (22,4%). Também a proporção de estudantes na população de 4 a 24 anos atingia no Brasil o valor mais baixo (53,3%) quando comparado a outros países latinoamericanos ([32]).

Tal como nos demais indicadores sociais, as diferenças regionais e por grupos sociais se mostram expressivas. Enquanto na região Sudeste a **taxa de analfabetismo** para as pesoas de 10 anos e mais era de 10,9% em 1989, no Nordeste ela era três vezes maior, chegando a 35,9%. O diferencial por níveis de renda era ainda mais acentuado. Entre os jovens de 10 a 14 anos com renda familiar *per capita* de mais de 2 salários mínimos, a probabilidade de analfabetismo era praticamente residual (2,6%). Já naqueles jovens com renda familiar até 1/2 salário mínimo *per capita*, essa possibilidade se tornava 14 vezes mais alta (36,3%) ([33]).

Por outro lado, as **taxas de escolarização** também apresentaram uma evolução favorável no período para o país como um todo, passando de 62,2% em 1981 (nas pessoas de 5 a 17 anos), para 73,2% em 1990. Essa melhoria foi observada tanto nas áreas urbanas (de 70,6% para 79,6%) como nas rurais (45,1% para 57,9%) ([34]).

Para concluir este ítem, gostaríamos de apresentar o trabalho de TAVARES E MONTEIRO (1994) básicamente por dois motivos. Primeiro pelo seu caráter polêmico, na medida em que conclui que houve uma melhoria das condições de vida da população brasileira nos anos 80 apesar da estagnação econômica. Em segundo lugar, porque nos permite um "gancho" para a discussão de uma das hipóteses desta tese, que afirma terem tido as **políticas públicas sociais** um papel central nessas mesmas condições de vida (hipótese que será melhor discutida na conclusão desta tese).

No seu estudo sobre as condições de vida da população brasileira nos anos 80, os autores acima reconhecem que esta foi uma década de importantes transformações no Brasil: ao lado da crise econômica e a evolução da pobreza, as mudanças políticas e a mobilização social configuraram um cenário de perplexidade e discussão em vários segmentos da vida nacional. A questão sobre a qual os autores colocam seu foco é a existência de um "paradoxo" entre a estagnação da economia nacional, com um aumento da concentração de renda, e a melhoria de vários indicadores das condições de vida da população brasileira.

Por um lado, a estagnação econômica fica evidenciada por uma série de indicadores. Enquanto a população cresceu 23,52% na década de oitenta no Brasil, seu Produto Interno Bruto-PIB cresceu apenas 17,55% entre 1980 e 1991 (registrando o menor crescimento de sua história). Uma das consequencias foi a redução da renda *per capita* em 4,8% no período ([35]).

Simultâneamente, verificou-se uma acentuação da concentração de renda. Se em 1980 a faixa 10% mais rica da população se apropriou de 44,9% da renda nacional, em 1991 esta apropriação passou para 48,1%. Em contrapartida, os 50% mais pobres tiveram sua participação na renda nacional reduzida de 14,5% em 1980 para 12,1% em 1991. Por outro lado, não apenas os 10% mais ricos aumentaram sua apropriação da renda como, no interior desse mesmo grupo, houve também um aumento do processo de concentração: os 5% mais ricos ampliaram sua participação de 31,9% em 1980 para 34,4% em 1990 e o grupo 1% mais rico eleva sua apropriação da renda em dois pontos percentuais no mesmo período ([36]).

Por outro lado, ao examinar uma série de indicadores sociais, os autores acima concluem que houve melhoria significativa de condições de vida da população. Como consequencia destas condições bem como das mudanças nas taxas de mortalidade e natalidade (esta última reduzindo-se

para 25 nascidos vivos por mil habitantes em 1990), um dos primeiros indicadores a ser analisado é a **Esperança de Vida ao Nascer**, que cresce em 5,5 anos entre 1980 e 1990, passando de 60,1 para 65,6 anos neste período. Associadas a este ganho na esperança de vida registram-se mudanças na **mortalidade proporcional por idade** entre 1977 e 1988, como a diminuição da proporção de óbitos infantis e de crianças menores de 10 anos e o aumento da proporção de óbitos após os 50 anos, que refletem também, além da redução da fecundidade, **melhorias nas condições de saúde** da população brasileira.

Outro indicador apresentado é a **taxa de mortalidade infantil**, um dos indicadores de saúde mais utilizados, porque além de medir o nível de saúde de uma população, sua sensibilidade às condições econômicas, sociais e ambientais é reconhecida. Os dados mostram que, entre 1980 e 1988 foi mantida a tendência de redução da mortalidade infantil registrada entre 1970 e 1980, o que pode ser explicado por ([37]): diminuição da natalidade; melhorias nas condições de saneamento básico*; aumento da cobertura vacinal da população infantil*; e melhoria do perfil educacional das mulheres em idade reprodutiva* ([38]).

De forma consistente com essa redução da mortalidade infantil constatou-se também a diminuição da **desnutrição** entre as crianças menores de 5 anos entre 1974 (data da realização do ENDEF-Estudo Nacional sobre Despesas Familiares do IBGE) e 1989 (quando foi realizada a Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição-PNSN, do MS). Essa diminuição estaria associada aos seguintes fatores: melhoria do saneamento básico*; aplicação domiciliar da terapia de reidratação oral-TRO*; baixa nos níveis de fecundidade; e a diminuição do analfabetismo nos anos 80* ([39]). Chama a atenção a redução da desnutrição no Nordeste para menos da metade no mesmo período. No entanto, essa região ainda apresenta uma elevada proporção de crianças desnutridas (10,1%), quatro vezes superior à proporção apresentada nos estados mais desenvolvidos das regiões Sudeste e Sul, indicando que as políticas públicas, particularmente a de Saúde, ainda tem muito a realizar naquela região.

Outro indicador utilizado é a **taxa de analfabetismo**. Os dados mostram que, nas áreas urbanas, o analfabetismo entre a população de 7 anos ou mais diminuiu em cerca de 2% na década de 70, e de 4% na década de 80, reduzindo-se para 13,5% em 1990. Esta diminuição também ocorreu na área rural, embora ainda se mantivesse em uma taxa elevada, de 37%, em 1990 ([40]).

Os indicadores de **saneamento básico** também foram utilizados para demonstrar a melhoria nas condições de vida. A proporção de domicílios abastecidos com água encanada aumentou muito na década de 70, prosseguindo essa elevação nos anos 80, embora em ritmo mais lento, chegando a beneficiar 82,7% dos domicílios das áreas urbanas em 1990. Já o esgotamento sanitário nas áreas urbanas cresceu proporcionalmente mais na década de 80 do que na década anterior, passando de 40,1% para 52,8% a proporção dos domicílios beneficiados por este serviço ([41]). Apesar deste crescimento, no entanto, o esgotamento sanitário não cobre quase a metade dos domicílios. Dessa forma, apesar da melhoria observada, esse déficit ainda é grave, sobretudo para a população de baixa renda.

O perfil de **mortalidade por causas** costuma também ser relacionado, sobretudo para certos tipos de causa, com as condições de vida. É o caso dos óbitos por doenças infecciosas e parasitárias, sensíveis às condições socio-ambientais. Entre 1978 e 1988 houve uma redução sensível (pela metade) da proporção de óbitos por esse grupo de causas. Por outro lado, o aumento das mortes por causas violentas revela outros aspectos das condições de vida que se deterioraram. Já a elevação dos óbitos causados por doenças do aparelho circulatório e por neoplasias, perfil de mortalidade mais próximo dos países desenvolvidos, é relacionado com o envelhecimento da população. Este envelhecimento resulta em um aumento da incidência de doenças crônico-degenerativas. Por último, a persistência de elevada proporção de óbitos por "causas mal definidas" continua revelando as deficiências de assistência médica (ausencia de diagnóstico médico) e de informações.

Finalmente, os autores (Tavares e Monteiro, op.cit.) destacam as importantes **mudanças na estrutura demográfica brasileira**, colocando-as como fator explicativo principal da "aparente contradição" entre diminuições do PIB *per capita* e melhorias nas condições de vida.

Entre essas mudanças estão aquelas relacionadas com a estrutura da família, como a redução do seu tamanho - decorrência da queda da fecundidade -; e sua nuclearização crescente, devido à redução da coabitação dos casais com ou sem filhos com parentes e à ampliação de unidades domésticas unipessoais. Este último processo que teve início nas famílias de renda mais alta, se difundiu durante a década passada. Assim, os dados do IBGE indicam que as famílias com renda *per capita* mais baixa reduziram mais fortemente o número de pessoas, num processo aparentemente convergente ([42]).

Em conjunto com essas características os autores, ainda baseados em dados do IBGE, afirmam que a participação na atividade econômica de crianças na faixa de 10 a 14 anos não aumentou no período, permanecendo estável em todas as faixas de renda e diminuindo um pouco nas famílias com faixa de renda entre 1/2 e 1 salário mínimo *per capita*. Já para os adolescentes entre 15 e 17 anos, verificou-se aumento nas taxas de atividade em famílias com mais de dois salários mínimos de renda *per capita*, enquanto as faixas de renda mais baixas mantêm estabilidade. O resultado dos dois grupos de idade somados (10-17 anos) é uma leve diminuição da participação na atividade econômica ([43]).

A grande mudança registrada no período se refere à **participação feminina na atividade econômica**, aumentando significativamente a participação das mulheres com idade acima de 18 anos, sejam elas filhas, cônjuges ou chefe de família.

Dessa forma, os autores concluem que a redução do tamanho das famílias, a manutenção do nível das taxas de atividade de crianças e adolescentes, e o forte aumento do nível das taxas de participação feminina na atividade econômica, teriam produzido um efeito positivo na renda familiar *per capita*, especialmente nas camadas mais pobres da população. A combinação desses fatores é colocada como um componente importante na explicação para a "conjunção heterodoxa" entre estagnação do PIB e melhoria das condições de vida da população.

Por outro lado esses mesmos autores colocam ressalvas nos estudos que colocam ênfase na renda, sem associá-la com outros indicadores sociais. Um problema aqui destacado é a incidência da

renda não-monetária nas famílias de baixa renda. Os estudos apontados de despesa familiar indicam que para as áreas rurais, as famílias com dois salários mínimos têm uma parcela de despesa não-monetária de 50% do total. Mesmo considerando o Brasil como um todo, para as famílias com até um salário mínimo de renda, a parte não-monetária da despesa familiar é 54%, e para as famílias com até dois salários mínimos é 38% da despesa total. "Não se trata de negar a diminuição do PIB *per capita*, nem o processo de concentração de renda; as duas coisas existem e são reais, mas o seu efeito sobre as condições de vida da população são superestimados" ([44]).

Ao lado das mudanças demográficas e de inserção no mercado de trabalho apontadas, são citadas mudanças na legislação trabalhista ocorridas nos anos 80, sendo incorporados uma série de benefícios (como vale-transporte e vale-refeição) que provavelmente teriam compensado a diminuição do valor real do salário mínimo. Assim, se afirma, para um mesmo nível de renda, famílias menores e com mais gente trabalhando têm uma proporção de renda não monetária maior que famílias onde a renda total é mais dependente da renda do chefe de família.

Por outro lado, a diminuição da taxa de crescimento urbano nos anos 80 (pelas quedas da migração e da fecundidade) permitiu que, apesar da crise fiscal do setor público, os investimentos realizados em equipamentos urbanos básicos o fossem sem a pressão demográfica dos anos 70. A tendencia apontada é de que essa diminuição do crescimento urbano deve prosseguir na década de 90, "permitindo uma diminuição sensível do déficit social" ([45]). Assim, o investimento não seria mais para compensar o crescimento da população, e sim para melhorar as condições de vida nos centros urbanos.

2.2 - Os níveis de vida e de desenvolvimento

Em estudo recente patrocinado pelo IPEA ([46]), foram reunidos diversos autores para investigar a situação social brasileira e sua evolução recente. ALBUQUERQUE e VILLELA (1993) tratam de dar uma abordagem "pluridimensional" às desigualdades sociais, adotando o conceito de desenvolvimento humano do PNUD (1990) e seu **IDH - Indice de Desenvolvimento Humano** ([47]), construindo a partir daí uma série de outros indicadores sintéticos.

Para visualizar, no tempo e no espaço nacional, o nível de desenvolvimento relativo de situações-padrão ([48]) representativas do mosaico social brasileiro, foi substituída no IDH a variável PIB *per capita* pela variável **renda domiciliar *per capita*** (a preços constantes de 1988, a partir de dados da PNAD de 1988 e dos Censos Demográficos de 1970 e 1980), construido-se, assim, **Indices de Desenvolvimento Relativo (IDR).**

Analisando os IDR para as macrorregiões e os estados brasileiros em 1988, observa-se que no caso das macrorregiões seus valores são muito próximos do IDH visto acima, e sua ordem mantém-se a mesma, salvo pela inversão entre o Sul e o Sudeste. No caso dos estados, a despeito de algumas inversões de ordem, sua correlação mantém-se elevada, maior do que aquelas observadas com o PIB. Alagoas passa a ser o estado que apresenta o menor nível relativo de desenvolvimento e o Rio Grande do Sul continua sendo o maior ([49]).

As tendências do desenvolvimento nacional entre 1970 e 1988, medidas pelo IDR e seus indicadores componentes apresentam as seguintes características básicas: a) o dinamismo dos anos 70 - embora muito menor do que se medido pelo PIB per cápita; b) a evolução positiva sistemáticamente observada nos anos 80 (a despeito da queda do PIB per cápita ocorrida entre 1980 e 1988); c) as menores dispersões inter-regionais e interestaduais dos IDR e de seus componentes -inclusive do rendimento domiciliar *per capita*- se comparadas com as do PIB *per capita*; e d) a significativa redução desses desníveis relativos no tempo: o coeficiente de variação dos IDR macrorregionais em 1970 equivale a 53% do relativo ao PIB per cápita; em 1988 corresponde a apenas 35%; em 1970 e 1988 esses percentuais são 53% e 36%, respectivamente, para os estados ([50]).

Complementarmente, foi construído outro indicador sintético, o **Indice do Nível de Vida (INV)** , que tenta medir os níveis de vida relativos alcançados por uma dada situação social, a partir da quantificação do grau de atendimento de um conjunto de necessidades básicas, aferido através do cálculo de medidas de carência. Para compor o **INV** foram selecionados cinco indicadores (que podem ser expressos pela medida de carência respectiva, que varia de zero a um): **Saúde** (representado pela esperança de vida ao nascer); **Habitação** (disponibilidade domiciliar de água, energia e geladeira; **Educação** (taxa de alfabetização e percentuais da população de 20 anos ou mais com mais de 4 e com mais de 8 anos de estudo; d) participação econômica (percentual dos domicílios acima da linha de pobreza); e **Lazer e informação** (disponibilidade domiciliar de receptores de rádio e de televisão).

Para 1988 foram feitas comparações entre as ordens das macrorregiões e dos estados, de acordo como o **INV** e **IDR**; o IDR e o PIB per cápita; bem como o exame dos cinco indicadores componentes do INV. Nessas comparações, verifica-se uma inversão da ordem do **INV** com relação ao **IDR** do Norte e do Centro-Oeste (que passa a ser menor), mudança explicada pelo fato de que todos os dados do INV para o Norte referem-se apenas aos domicílios e à população urbanos. Amplia-se um pouco a vantagem do Sudeste sobre o Sul, devido aos indicadores de habitação, educação, participação econômica e lazer e informação ([51]).

No caso dos estados, o Maranhão apresenta o mais baixo **INV**, seguido do Piauí, do Ceará, de Alagoas e da Paraíba. Entre os estados mais desenvolvidos, São Paulo desponta em primeiro lugar (após o Distrito Federal), seguido do Rio de Janeiro, ambos superando o INV do Rio Grande do Sul (com IDH e IDR maiores).

Examinando a evolução no tempo do **INV** por macrorregiões e estados, bem como as disparidades urbano-rurais dos níveis de vida, verifica-se: a) a mesma tendência já constatada para o IDR, de redução das disparidades inter-regionais (medida pela diminuição do coeficiente de variação), mais acentuada e consistente no meio urbano do que no rural; b) a aproximação no tempo, dos níveis de vida urbano e rurais, mais visível nos anos 70, porém também presente nos anos 80 (a exceção do Piauí, da Bahia e do Espírito Santo, que amplificam essa diferença na década passada).

Em síntese, o que se verifica, uma vez mais, é a sensível melhoria das condições sociais ocorrida entre 1970 e 1980, o que, entretanto, não mais se mantém nos anos 80, que apresentam clara tendência para seu agravamento.

PEREIRA (1993) amplia a análise sobre a situação social no Brasil na década de 80, utilizando os mesmos indicadores sintéticos de desenvolvimento. Foi feita uma periodização da conjuntura econômica dos anos 80: 1981/83, período caracterizado pela recessão, combinada com aumento da inflação e crise da dívida externa; 1984/85, caracterizado pela retomada do crescimento econômico, associada à inflação; 1986/88, caracterizado por políticas "heterodoxas" e "ortodoxas", desarticulação de preços relativos e aceleração da inflação ([52]).

A análise da evolução, ao longo da década de 80, dos indicadores que compõem o **Índice de Desenvolvimento Relativo - IDR**, sensível às oscilações da conjuntura econômica pelo peso relativo da renda domiciliar per cápita, aponta para as seguintes conclusões:

- a **esperança de vida ao nascer** expandiu-se, passando de 60,1 em 1980 para 64,9 anos em 1988. O desnível urbano-rural é quase imperceptível, e a população do Nordeste permanece apresentando a menor longevidade entre as regiões (58,8 em 1988);

- a evolução da **taxa de alfabetização da população de 15 anos e mais** foi positiva (embora também num ritmo inferior ao da década anterior), passando de 74,6 para 81,1. A região Nordeste também apresentou uma taxa inferior às demais (com 63,5), e ainda permaneceram grandes disparidades urbano-rurais ao longo do período (1980/88). Com uma taxa de alfabetização em torno de 80%, o Brasil ainda estava, em 1990, entre os nove países com maior número - 19 milhões - de pessoas analfabetas ([53]);

- o comportamento da **renda domiciliar per cápita** refletiu as oscilações da conjuntura econômica no curto prazo, ou seja: caiu no período recessivo (1981/83); voltou a crescer entre 1983/85, coincidindo com a retomada do crescimento econômico; deu um salto em 1986 com o impacto do Plano Cruzado sobre a massa salarial; e despencou entre 1987/88. Além disso, as disparidades regionais permaneceram ao longo do período, com a região Sudeste apresentando o patamar mais elevado e o Nordeste situando-se no limite inferior. As disparidades urbano-rurais, por outro lado, são extremamente acentuadas para esse indicador, refletindo o peso da economia urbana, projetado sobre a renda.

Quanto ao **IDR** como um todo, apesar da sua já comentada sensibilidade às oscilações econômicas conjunturais, ressalva-se que no período recessivo (1981/83) o IDR total e o IDR rural diminuiram apenas nas regiões Sudeste e Sul, as mais importantes do ponto de vista econômico. O menor peso da economia nas demais regiões e a evolução dos indicadores de longevidade e acesso ao conhecimento, são dados como explicação para que esse indicador sintético apresentasse melhora no período. Já o IDR urbano apresentou queda em todas as regiões, exceto no Nordeste, pelas mesmas razões anteriores, a princípio. No período de crescimento (1984/86) o IDR evoluiu positivamente, ao contrário do período seguinte, onde apresenta uma queda. Em ambos os períodos seu comportamento foi homogêneo nas áreas rural e urbana e nas regiões, destacando apenas o baixo nível de desenvolvimento relativo no Nordeste rural ([54]).

O **Índice do Nível de Vida-INV**, diferentemente do IDR, reflete a evolução, no longo prazo, de indicadores não-monetários, como habitação, lazer e informação, saúde, educação e participação econômica, tentando mensurar o grau de atendimento das necessidades básicas.

Englobando o mesmo período (1980/88), os componentes do **INV** relativos à **habitação** apresentaram evolução significativa. O aumento do percentual de domicílios com acesso ao abastecimento de água e energia elétrica é explicado pelo reflexo de investimentos em infra-estrutura social realizados na década de 70 e no início dos anos 80. Para ambos indicadores se destacam as grandes disparidades urbano-rurais e a massificação do acesso à energia elétrica no setor urbano no ano de 1988, alcançando mais de 90% dos domicílios. Para o acesso à água, evidenciam-se as deficiências no saneamento básico, principalmente nas áreas urbanas das regiões Norte, Nordeste e Centro - Oeste e nas áreas rurais em geral ([55]).

A evolução da **escolaridade da população adulta** (com mais de 20 anos) apresentou tendência à estagnação a partir de 1983 (provavelmente como consequência do refluxo nos gastos com educação). Destaca-se que, em 1988, os níveis de escolaridade da população eram muito baixos: apenas 41,2% tinham mais de quatro anos de estudo (sendo 49,1% nas áreas urbanas e apenas 15,5% nas áreas rurais); com mais de oito anos de estudo o resultado é ainda pior: apenas 21,4% da população adulta na média nacional (26,6% urbana e 4,6% rural). Nesse mesmo ano (1988) 18,9% da população de 15 anos e mais era analfabeta, o que sintetiza um quadro educacional precário. Com exceção do Nordeste, não se observam grandes disparidades inter-regionais. Estas, no entanto, como vimos acima, são acentuadas entre as áreas urbanas e rurais ([56]).

Observa-se uma presença generalizada dos meios de comunicação (rádio e televisão) nos domicílios a nível nacional, embora o acesso à televisão seja ainda baixo em 1988 (36,3% dos domicílios). Já o rádio está presente de forma homogênea em todo o país ([57]).

Com relação ao único componente "econômico" do INV, o **percentual de pessoas com rendimento domiciliar acima da linha de pobreza**, observa-se que sua evolução acompanhou o comportamento da conjuntura econômica. O número de pessoas acima da linha da pobreza diminuiu no período recessivo (1981/83), voltou a crescer no período 1985/86, e caiu novamente em 1988. O saldo ao final do período total é de que a proporção dessa população "não-pobre" retrocede a um patamar inferior ao de 1980, indicando uma ampliação do empobrecimento da população. Este padrão evolutivo foi semelhante nas áreas urbanas e rurais. A disparidade urbano-rural surge quando se analisa a proporção de população pobre (com rendimento domiciliar per cápita **abaixo** da linha de pobreza): em termos relativos esta população está mais concentrada na área rural; mas, em termos absolutos, os pobres estão, em sua maioria, situados em domicílios urbanos das regiões metropolitanas ([58]).

A piora na distribuição de renda, no Brasil como um todo nos anos 80, confirma-se a partir dos dados de rendimentos da PEA (ver quadro abaixo). Estes indicam elevação no grau de concentração da renda, tanto pela diminuição da participação dos 40% mais pobres no total dos rendimentos, quanto pelo aumento na mesma por parte dos 10% mais ricos, além da elevação do coeficiente de Gini em 1988.

DISTRIBUIÇÃO DO RENDIMENTO NA PEA - BRASIL - 1960/88

Ano	40% mais pobres	10% mais ricos	GINI
Censos			
1960	11,3	39,6	0,497
1970	10,0	46,5	0,565
1980	9,7	47,9	0,590
PNAD			
1976	9,1	50,4	0,589
1979	9,5	46,8	0,574
1981	9,7	45,3	0,562
1983	8,8	47,5	0,592
1984	8,8	47,1	0,587
1985	8,4	48,1	0,599
1986	9,0	47,8	0,588
1987	8,4	47,5	0,595
1988	7,9	49,5	0,612

Fonte: Bonelli e Sedlacek,1989 e 1990; in Pereira, 1993, p.138.

Ainda na linha do desenvolvimento, ALBUQUERQUE e VILLELA (1993a) analisam a evolução das situações sociais no Brasil, tentando "captar sua *performance* através do exame de um conjunto de **variáveis de desempenho**, econômicas, sociais e políticas, associado a um outro conjunto de **variáveis de estrutura** , também econômicas, sociais e políticas, que pretende retratar, em um dado momento, a organização do sistema social *lato sensu*" ([59]).

A partir dessas variáveis, os autores construiram uma série de "**indicadores de desenvolvimento**", com os quais analisam algumas tendências que se desenham nos anos 70 e 80 no Brasil, em suas macrorregiões e em seus estados.

Considerando aqui o grupo de **indicadores sociais**, toma-se, primeiramente, quatro indicadores de desempenho relacionados com a **saúde**, para 1970 e 1988. A tendência do primeiro deles, a **esperança de vida ao nascer**, é de convergência (redução nos coeficientes de variação), embora persistam grandes diferenças inter-regionais - como entre as vidas médias do Nordeste (58,8) e do Sul (70,1) em 1988 - e interestaduais -diferencial de mais de 20 anos entre a Paraíba e o Rio Grande do Sul ([60]).

A **mortalidade infantil**, reduz-se mais rápidamente nas regiões e estados mais desenvolvidos, ampliando-se os coeficientes de variação (de -26,3 para as macrorregiões e de -34,4 para os estados em 1988). Essas diferenças podem ser explicadas por fatores como o grau de urbanização e a estrutura da rede urbana, e pelos avanços desiguais ocorridos na infra-estrutura básica de saneamento, o que, juntamente com as condições nutricionais, determinam, em grande medida, os níveis de mortalidade infantil relativa ([61]).

Quanto aos **serviços de saúde**, os dois indicadores considerados -médicos e leitos hospitalares por habitante - revelam tendências diversas. Enquanto o número de médicos se eleva durante todo o

período, o número de leitos cresce entre 1970 e 1980, decrescendo após. Para ambos ocorre melhoria na distribuição inter-regional e interestadual ([62]), ou menor dispersão ([63]).

No tocante aos indicadores de desempenho para a **educação**, elevam-se, em todos os casos, a taxa de alfabetização, as matrículas no primeiro e segundo graus (como percentagem da população em idade escolar), e o percentual da população acima de 20 anos com mais de 4 e 8 anos de estudo. Todos os coeficientes de variação, tanto entre regiões quanto entre estados, reduzem-se importantemente ([64]).

Alguns indicadores de desempenho referentes às **condições dos domicílios** também apresentam tendência positiva. O percentual de domicílios com duas pessoas ou menos por dormitório, se amplia no tempo, sendo pequenas e decrescentes as disparidades inter-regionais e urbano-rurais. A disponibilidade domiciliar de água, energia e bens duráveis (geladeira, rádio e televisão) também se eleva, embora ainda persistam grandes disparidades entre as regiões, entre os estados, e entre os domicílios urbanos e rurais ([65]).

Introduzindo alguns **indicadores sociais de estrutura**, os de natureza **demográfica** mostram, com clareza, a forma diferenciada, por regiões e estados, assumida pela transição demográfica brasileira nos anos 70 e 80, expressa em quatro razões de dependência. A primeira, entre as pessoas de 0 a 14 anos e as de 15 a 64 anos, apresentou queda importante e rápida no Sul, Centro-Oeste e Sudeste, sendo muito menor no Nordeste, e com crescimento no Norte. Com isto, se elevam os coeficientes de variação entre as regiões, o que também ocorre entre os estados. A segunda razão, relacionando as pessoas de 65 anos ou mais e as de 15 a 64 anos, a tendência é crescente, mais forte no Nordeste do que no Sul e no Sudeste(!), e ainda baixa no Centro-Oeste. Essas diferenças são explicadas pelas migrações internas da população em idade ativa (15 a 64 anos). Dessa forma, o coeficiente de variação é crescente entre as regiões, embora seja relativamente estável entre os estados. Já a terceira relação (que é a soma da 1a. com a 2a.), considerada como a razão de dependência clássica, indica que o Sudeste e o Sul já se aproximam dos níveis dos países desenvolvidos (relação de 0,5 em média), assim como o Rio de Janeiro, São Paulo e Rio Grande do Sul. Ampliam-se, no entanto, os diferenciais tanto inter-regionais como interestaduais. Finalmente a razão entre crianças de zero a quatro anos e mulheres de 15 a 49 anos, apresenta as mesmas tendências, embora a elevação do número de crianças por mulheres seja alta no Norte (até 1980) e sua queda muito rápida no Centro-Oeste ([66]).

Com relação a outro indicador social de estrutura, o de **emprego**, observa-se os seguintes aspectos: a) as tendências para a elevação das relações PEA/População e Pessoas Ocupadas/PEA (e a pouca variação inter-regional e interestadual delas); b) o substancial aumento das relações de emprego (indicador empregados/pessoas ocupadas); c) o crescimento do número médio de empregos nos anos 70 e seu abrupto declínio nos anos 80; d) a relação crescente entre pessoas (de 10 a 69 anos) trabalhando ou estudando e o total dos que pertencem a essa faixa etária entre 1970 e 1980, com tendência declinante nos anos 80, com uma pequena variação do indicador entre regiões e estados ([67]).

Tratar-se-ia de "um processo de evolução incompleto, mutilado, que tende a tornar-se **gradativamente exclusivo**, acirrando o conflito distributivo", e "ampliando as tensões sociais" ([70]).

TOLOSA (1993) trata especificamente da **situação de pobreza** no Brasil na década de 80. Aqui a **pobreza** é tratada na sua definição mais restrita, "associada a restrições severas impostas aos indivíduos (ou famílias) na sua escolha e acesso a bens e serviços. Admite-se, ainda, que a renda, ou, mais precisamente, a insuficiência desta, seja capaz de representar adequadamente deficiências nutricionais e de acesso aos serviços da infra-estrutura social" ([71]).

Analisando a **pobreza relativa** no Brasil, através do coeficiente de Gini, segundo as macrorregiões no período 1970/88, destaca-se que o padrão é claramente concentrador de renda, em especial no período pós-1980. O recrudescimento das desigualdades a partir de 1980 já foi analisado acima. A nível nacional, tanto o Gini total como o urbano oscilam ao longo do período. Naquelas regiões com alta taxa de urbanização, o peso relativo das cidades condiciona significativamente o Gini macrorregional. É o caso do Sudeste e também do Sul, o primeiro repetindo o padrão nacional e o segundo apresentando tendência ao crescimento desde 1980 ([72]).

Complementando os dados com os níveis absolutos de renda, agrega-se ao estudo o indicador de **renda domiciliar *per capita*** (a preços constantes), segundo macrorregiões no período 1970/88. As desigualdades inter-regionais ficam claras. Em 1970, a renda *per capita* no Nordeste representava cerca de 30% da registrada no Sudeste. Em 1988, essa relação melhorou um pouco, chegando a 39%. É na evolução de cada macrorregião no tempo onde se observam as maiores discrepâncias, evidenciando as reações diferenciadas ao ciclo econômico. No Sul e Sudeste, dotados de estrutura produtiva mais desenvolvida, onde predomina a produção de bens de consumo duráveis, os efeitos da recessão e da estagnação se fazem sentir de maneira bem mais acentuada: o Sudeste apresenta o maior decréscimo(-18,4) de renda *per capita* no período 1980/88. Por sua vez, nas regiões mais pobres, dotadas de estrutura produtiva mais simplificada e tradicional, o impacto do ciclo é amortecido ([73]). Além disso, nos anos 80 amadureceram os investimentos do II PND no Norte e Nordeste. Houve também um crescimento agrícola nessas regiões e no Centro-Oeste.

Enquanto o diagnóstico da **pobreza relativa** se faz através da distribuição de renda como um todo, a mensuração da **pobreza absoluta** é feita a partir da quantificação no número de indivíduos ou famílias abaixo de uma determinada **linha de pobreza**. A participação percentual desse contingente na população total ou no total de domicílios, por sua vez, mede o que se convencionou chamar de **incidência da pobreza absoluta**. Por outro lado, torna-se necessário também avaliar o quanto a insuficiência de renda (medida pela diferença entre renda média dos pobres e a linha de pobreza) se altera no tempo. A multiplicação do número de pobres por essa medida de insuficiência de renda nos daria o chamado **quociente de pobreza**.

A determinação da **linha de pobreza** é o aspecto mais controverso na mensuração da **pobreza absoluta**. Existem diversas definições e metodologias: Hicks e Vetter (1983) e Rocha (1988) partem do valor de uma cesta básica de consumo obtida através de pesquisa direta e avaliada segundo vetores de preços locais ([74]); outros autores - Fishlow(1972), Hoffmann e Kageyama(1986) e Beckerman e Coes(1980), preferem utilizar múltiplos do salário mínimo. O estudo de Tolosa (op.cit.) adota como

2.3 - A Pobreza

2.3.1 - Pobreza no Brasil e distribuição por macrorregiões e unidades federadas

Com base em indicadores de **rendimento domiciliar *per capita*** e em **medidas de desigualdade interpessoal**, absolutas e relativas, procura-se retratar a **pobreza** nacional, por macrorregiões e estados.

O rendimento domiciliar *per capita* no Brasil cresce, em termos reais, 70% nos anos 70 e decresce 13,8% entre 1980 e 1988. No primeiro decênio, os rendimentos das macrorregiões e dos estados crescem consistentemente e tendem a convergir para a média nacional; no segundo, decrescem quase sempre, salvo em três: Maranhão, Rio Grande do Norte e Mato Grosso.

Com respeito à **incidência total de pobreza** (% dos domicílios com rendimento *per capita* menor do que um quarto do salário mínimo de 1980), esta cai, para o Brasil como um todo, de 45,5% em 1970 para 19,9% em 1980, elevando-se para 26,2% em 1988. As macrorregiões e os estados apresentam padrões de comportamento semelhantes. A incidência de pobreza se reduz relativamente mais no meio urbano do que no rural nos anos 70, porém, em contrapartida, cresce muito mais nas cidades do que no campo entre 1980 e 1988 ([68]).

As **medidas de distribuição relativa de renda** (porcentagens do rendimento domiciliar *per capita* retidos pelos 5% mais ricos e pelos 40% mais pobres e os coeficientes de Gini) revelam padrões muito diferenciados. Para o Brasil, o Sudeste e os Estados de São Paulo, Espírito Santo, Santa Catarina e Rio Grande so Sul, melhoram as desigualdades relativas entre 1970 e 1980, e pioram entre 1980 e 1988; ao passo que para o Nordeste, o Centro-Oeste e, em geral, em seus estados, a tendência é de agravamento ao longo de todo o período (o Paraná e Minas Gerais são um caso à parte: piora sua distribuição nos anos 70, melhorando um pouco nos anos 80, talvez devido ao efeito da emigração). O grau de desigualdade da região Sul mantém-se constante nos anos 70 e se eleva muito pouco na década passada. O que se destaca, contudo, são **o alto e persistente nível de desigualdade relativa na distribuição da renda nacional** e a constatação de que o Nordeste e alguns de seus estados (Ceará, Piauí, Bahia) parecem repetir, nos anos 70 e 80, exacerbando o agravamento distributivo verificado nos anos 60, no Brasil como um todo e no Sudeste em particular ([69]).

Esses dados sobre desigualdade relativa e o padrão por eles revelado contrastam com os relativos à evolução positiva do grau de desenvolvimento e dos níveis de vida. A tentativa de conciliação fica por conta da elevação dos rendimentos médios de todos os segmentos da sociedade, sobretudo nos anos 70, alertando, no entanto, que, em quase todos os casos foram as rendas altas que cresceram mais, **tornando mais ampla a distância econômica entre os ricos e pobres.**

A década de 80 teria, assim, se caracterizado por uma "estagnação socialmente truncada", ou seja, pelo esgotamento do crescimento econômico combinado a alguns ganhos de desenvolvimento devidos, em parte, às forças inerciais provenientes de transformações sociais ocorridas anteriormente. Esses ganhos, no entanto, foram contrarrestados por perdas igualmente significativas.

ıa de pobreza o nível de um quarto do maior salário mínimo vigente no país em 1980, cujo valor orrigido para os demais anos da série, de acordo com o Índice Geral de Preços (IGP-DI).

De acordo com esse último estudo, **existiam, em 1988, quase 45 milhões de pessoas com ada domiciliar *per capita* abaixo da linha de pobreza no Brasil.** Com relação à evolução dos meros absolutos da pobreza, o Brasil parece ter retornado, em 1988, à situação vigente em 1970, ós breve interregno de melhoria em 1980, evidenciando a existência de dois padrões no tempo. Na :cada de 70 ocorre sensível redução no número de pobres para, em seguida, retornar aos níveis do ício da série histórica. Mais da metade do total de pobres (23,7 milhões) localizava-se no lordeste, e pouco mais de 22 milhões residiam nas cidades. O crescimento da pobreza absoluta no etor urbano iguala, em 1988, pela primeira vez, o nível da pobreza rural ([75]).

Por outro lado, a incidência da pobreza relativa revela contínuo declínio, em virtude do :rescimento da população total, reduzindo-se de 54%, em 1970, para 34%, em 1980, e, finalmente, 32% em 1988 ([76]).

Em um adendo ao seu trabalho, Tolosa (1993a) incorpora os dados da PNAD de 1989 na estimativa de alguns dos indicadores de pobreza. Para além da expectativa no sentido de confirmar a tendência observada ao longo dos anos oitenta, o exame dos dados revelou, de forma surpreendente, a elevação de vários indicadores de pobreza relativa.

Chama a atenção a elevação do Gini nacional de 0,63 em 1988 para 0,65 em 1989. Regionalmente, os maiores acréscimos ocorreram no Sul e Sudeste, mais vulneráveis, como foi visto, às políticas recessivas e à estagnação econômica. De forma similar, as metrópoles do Sudeste e do Sul revelam significativos acréscimos de pobreza relativa entre 1988 e 1989. Mais uma vez o destaque fica por conta do Grande Rio, seguido de Curitiba e da Grande São Paulo. Tais acréscimos chamam a atenção, uma vez que o Gini, habitualmente, mostra-se um indicador relativamente estável no tempo, em especial em se tratando de dois anos sucessivos ([77]).

Em síntese, nos anos 80 observou-se o recrudescimento da pobreza absoluta, bem como acúmulo crescente dos pobres nas regiões tradicionalmente deprimidas e nas cidades.

Já incorporando os dados da PNAD de 1990, ALBUQUERQUE (1993) analisa a pobreza e a exclusão social no Brasil naquele ano. Nesse trabalho são consideradas **pobres** aquelas pessoas cujo **rendimento familiar per cápita mensal é igual ou inferior ao valor de uma linha de pobreza (1/4 do salário mínimo vigente em 1980).** Este valor da linha de pobreza correspondia a um **rendimento familiar per cápita anual de US$ 413 em 1990,** o equivalente a **US$ 34,4 mensais** ([78]).

A partir dos dados da PNAD 90, portanto, **o número de pobres no país em 1990 era de 39,2 milhões, correspondentes a 27% da população total** ([79]). **O número de domicílios considerados pobres foi de 7,9 milhões, 23% do total de domicílios.** Com a mesma linha de pobreza, os pobre em 1970 eram 44,7 milhões (54,1% da população total) e o percentual de domicílios pobres era de 45%. Em 1980 os pobres eram 29,5 milhões (34,8% da população total), com 20% de domicílios pobres. Em oposição à década de 1970, que reduziu em 15,2 milhões o número de pobres, **nos anos 80 o número de pobres aumentou em 9,7 milhões, em termos absolutos** ([80]).

Em 1990 a distribuição regional dessa pobreza era a seguinte: o **Nordeste, com 21,8 milhões de pobres, detinha 55% da pobreza do país, bem como a maior incidência de pobreza (51% da população)**. O Sudeste, com 9,7 milhões de pobres - 25% da pobreza total - detinha a menor incidência regional: 15% da população ([81]).

A fim de avaliar a distribuição da renda entre os **pobres** e os **não-pobres**, segundo o critério da linha de pobreza (definido anteriormente), foi estimada a renda familiar total, a qual, anualizada, a preços de 1990, foi de US$ 257,6 bilhões, o que equivale a US$ 2.567 de renda familiar *per capita* anual. Desse total, a **renda dos pobres** (os 39,2 milhões abaixo da linha de pobreza) era de US$ 8,8 bilhões, o que correspondia a **3,4% da renda familiar total do país**, com uma renda per cápita equivalente a US$ 225 anuais (!). Já a renda dos "não-pobres" foi de US$ 248,8 bilhões, o equivalente a 96,6% da renda total, com uma renda per cápita de US$ 2,342 ([82]).

A **renda familiar per cápita dos pobres** varia relativamente pouco entre as macrorregiões e regiões metropolitanas: a diferença entre as rendas maior e menor é de 41%. Entre as regiões metropolitanas, o fato que mais chama a atenção é que a renda familiar per cápita dos pobres da região metropolitana de São Paulo (de US$ 183/ano) é a menor de todas as demais regiões, sendo menor inclusive que a observada na região do Nordeste rural (de US$ 201/ano)(!) A explicação dada para esse fenômeno (caso a estimativa esteja correta), estaria no fato de que a linha de pobreza definida para o Brasil (US$ 417), equivalente a 1/4 da renda familiar per cápita do país ([83]), classifica 94% dos habitantes da Grande São Paulo como "não-pobres", sendo os 6% remanescentes, os "pobres", uma população extremamente carente segundo o critério de renda. Estes totalizariam um milhão de pessoas (conforme visto acima), o que já é em si um fato preocupante, em uma metrópole que exibe a mais alta renda familiar per cápita do país (US$ 3.048), a maior renda familiar per cápita dos não-pobres (US$ 3.232) e 20% da renda familiar total brasileira ([84]).

Numa tentativa de mensurar de forma sintética o grau de pobreza crítica no Brasil, nas suas macrorregiões e regiões metropolitanas, é construido o **Índice de Pobreza Crítica - IPC** ([85]). Este é integrado por dois componentes: um indicador da participação dos não-pobres na população total (ou seja, o complemento para um da incidência de pobreza) e um indicador da renda familiar per cápita dos pobres. Os valores encontrados para esses dois componentes são normalizados para escala de 100 a 900, sendo o **IPC** a média simples de seus dois componentes. Quanto **menor**, portanto, for o valor obtido para o **IPC, maior o nível de pobreza crítica** correspondente ([86]).

Pela **distribuição regional** do **IPC**, o Nordeste é o que apresenta a pobreza crítica mais alta, com um IPC de 395 (os IPC inferiores a 400 são considerados como de pobreza crítica muito alta), na medida em que registra a mais baixa proporção de não-pobres (49%) e a mais baixa renda familiar per cápita dos pobres (US$ 214). As demais regiões ([87]) apresentam uma pobreza crítica "moderada", com um **IPC** igual ou superior a 700 ([88]).

Entre as **regiões metropolitanas**, São Paulo, embora com alta proporção de não-pobres, registra baixa renda familiar per cápita dos pobres (US$ 183), situando-se, assim, junto com Salvador, Fortaleza e Recife, em níveis altos de pobreza crítica (IPC igual ou maior que 400 e menor que 700).

O **Brasil** como um todo, encontra-se na faixa de pobreza crítica alta (com um IPC de 609), e o asil metropolitano na moderada (IPC de 726).

Com base nos dados de rendimento e considerando os **IPC**, são examinadas as situações de **obreza urbana e rural**, no país e nas suas macrorregiões.

Em termos absolutos, a pobreza urbana e a rural praticamente se igualam em 1990, com **19,1 ilhões de pobres nas cidades e 20,1 milhões na área rural**. Já em termos proporcionais, a obreza urbana representava **18%** da população urbana; enquanto os pobres rurais chegavam a **53%** a população rural considerada ([89]).

No **Nordeste**, tanto a pobreza rural quanto a urbana, são endêmicas: aí se encontram 63% dos obres rurais e 48% dos urbanos. No **Sudeste** concentra-se o segundo maior contingente de pobreza rbana: 6,1 milhões (32% dos pobres urbanos), dos quais 3,1 milhões vivem nas três metrópoles egionais.

Os **diferenciais de renda familiar per cápita** são pequenos entre os **pobres urbanos e os rurais**: no Nordeste (com o maior diferencial), a renda dos pobres urbanos é 15% superior à dos pobres rurais; no Brasil, o diferencial é de 11%; no Sul é de 10%; no Centro-Oeste, somente 4%; e no Sudeste, menos de 1%. Esse "nivelamento por baixo" da população pobre brasileira, praticamente igualando, pelo critério da renda, pobres rurais e pobres urbanos, parece explicar-se pelas grandes migrações do campo para as cidades nas últimas três décadas. Chama-se a atenção para o fato de que não se levou em conta a forte possibilidade de subestimação, nas PNAD, da renda rural, em particular a não monetária. Entretanto, poderia-se argumentar que o acesso a serviços e bens, indicadores "não-monetários" de uma melhor qualidade de vida, a princípio, seria mais facilitado para os pobres urbanos do que para os rurais.

Por outro lado, sendo a incidência da pobreza na área rural muito maior, os **IPC** rurais são muito menores que os urbanos, revelando níveis de pobreza crítica muito altos no Nordeste (com um IPC rural de 211) e no Brasil como um todo (IPC de 382). Dessa forma, as **disparidades urbano-rurais de pobreza**, mensuradas com base no **IPC**, são elevadas no Nordeste e no Brasil, com os IPCs urbanos 2,7 e 1,9 vezes os rurais, respectivamente ([90]).

Analisando a pobreza sob a ótica do atendimento das chamadas **necessidades básicas**, ALBUQUERQUE (op.cit.) elabora, a partir da combinação de indicadores sociais com a renda, outro indicador sintético: o **Índice de Carências Básicas - ICB**. Este é integrado por quatro componentes ([91]):

- o componente **educação**, representado pelo indicador correspondente à relação entre crianças de a quatorze anos que frequentam a escola, e o total de crianças nessa faixa etária;

- o componente **trabalho**, representado por dois indicadores: a relação entre os empregados com carteira de trabalho assinada e o total de empregados, e a relação entre as pessoas ocupadas por conta própria contribuindo para a previdência social e o total de ocupados por conta própria;

- o componente **habitação**, também representado por dois indicadores; a relação entre o número de domicílios com abastecimento de água (com canalização interna) e o total de domicílios, e a relação entre os domicílios com geladeira e o total de domicílios;

- e o componente **renda**, representado pela relação entre a renda familiar per cápita e a renda utilizada para estabelecer a linha de pobreza (equivalente a US$ 417 anuais, preços de 1990).

O **ICB - Índice de Carências Básicas** é a média simples dos valores, normalizados para escala variando de 100 a 900, obtidos para os quatro componentes (com procedimento igual para estimar os valores dos componentes trabalho e habitação, com dois indicadores). O **ICB** é estimado para os pobres (com valores observados que variam de 100 a 500 exclusive), para os não- pobres e para o conjunto de ambos. Dessa forma, pode ser considerado, também, como um "índice de bem-estar", traçando-se uma *linha* demarcatória (igual a 500 e, portanto, obtida empíricamente).

Além de confirmar algumas diferenças regionais já vistas, a análise do **ICB** para o conjunto das regiões metropolitanas, que é muito superior ao brasileiro (438 versus 247), indica que as condições médias de vida dos pobres nas metrópoles nacionais são melhores do que no país como um todo. Como a renda familiar per cápita dos pobres metropolitanos situa-se virtualmente nos mesmos níveis da brasileira, essa diferença entre os **ICBs** explica-se, em ordem decrescente, pelos componentes **trabalho**, **habitação** e **educação**. Isto demonstra o acesso relativamente mais facilitado dos pobres metropolitanos ao mercado de trabalho organizado e, portanto, à previdência social; aos serviços de abastecimento de água e aos bens duráveis de consumo (geladeira); e à escola. Evidentemente, **esse acesso é possibilitado pela oferta pública desses serviços**, e não pela "capacidade de demand associada ao nível de renda". Dessa forma, mesmo com a virtual igualação das rendas médias dos pobres rurais, urbanos e metropolitanos, essa oferta de serviços é ainda um estímulo às migrações para as metrópoles nacionais, tanto rurais-metropolitanas quanto urbano-metropolitanas, dado que o **ICB** dos pobres urbanos também é inferior, em geral, ao **ICB** dos pobres metropolitanos ([92]).

Numa tentativa de superar as discrepâncias entre as análises da pobreza brasileira que utilizam o critério de renda e aquelas que utilizam o critério das carências básicas, se constrói um índice que tenta integrar as duas abordagens: o **Índice de Exclusão Social - IES**. Este é calculado através da média simples do **Índice de Pobreza Crítica - IPC**, que exprime o grau de pobreza apenas pelo critério de renda, e do **Índice de Carência Básica - ICB** relativo aos pobres, que é construído com base em indicadores sociais que revelam o grau de atendimento de necessidades básicas (sendo que a variável *renda* nele utilizada também seria uma medida relativa de bem-estar, sendo referida à linha de pobreza e explicando apenas 1/4 do comportamento do ICB). Desse modo, o **IES - Índice de Exclusão Social** (bem como seus componentes) é uma medida relativa de exclusão social, e somente como tal deve ser considerada, sendo que quanto **menor** seu valor **maior** o grau de exclusão social e vice-versa ([93]).

Como seria de esperar, o **Nordeste rural** - com alta incidência de pobreza (63% da pobreza rural nacional), baixa renda familiar per cápita dos pobres e baixo nível de atendimento de suas necessidades básicas - é a região que apresenta o **menor IES**, afetando o **Brasil rural** que fica com um **IES** menor do que o das demais macrorregiões. Para o **meio urbano**, o Nordeste, principalmente, mas também o Norte, puxam o **IES** nacional para baixo, situando-o em um nível bem inferior aos do Sul, do Sudeste e do Centro-Oeste. Nas **regiões metropolitanas** (com um IES total de 582), se destaca São Paulo, que exibe o menor IES (479), enquanto que Belém (668), Rio de

Janeiro (638), Belo Horizonte (632) e Porto Alegre (611) são as regiões que apresentam menor grau de exclusão social relativa ([94]).

Finalmente, ainda com base nos dados da PNAD-90, mas com uma abordagem mais qualitativa, são sintetizadas algumas **características das famílias pobres no Brasil** ([95]):

1) *As famílias pobres tendem a ser mais numerosas.* A nível nacional, 47,3% das famílias pobres são constituídas de mais de quatro pessoas, em contraste com as não-pobres com apenas 26,2%. Essa incidência, naturalmente, é maior no meio rural e nas regiões menos desenvolvidas: no Nordeste rural, 55,7% das famílias pobres têm mais de quatro pessoas, *versus* 25% das não-pobres; enquanto que no Sul urbano 36,7% das famílias pobres possuem mais de quatro membros. No outro extremo, as "famílias unipessoais" e as com apenas um chefe e um cônjuge correspondem, no Brasil, a apenas 19,9% das famílias pobres e a 45% das não-pobres.

2) *As rendas das famílias pobres dependem mais dos ganhos dos chefes de família.* Nas famílias pobres, 75% da renda total é gerada pelos chefes de família (comparada com 69% no caso das não-pobres). Essa dependência se eleva para quase 80% no caso das famílias pobres do meio rural. Já no meio urbano se observa uma tendência para aproximação desse grau de dependência entre pobres e não-pobres (em torno de 70%), provavelmente em decorrência da crescente intensificação do uso da força de trabalho familiar como forma de complementação de renda.

3) *Os chefes das famílias pobres são relativamente mais jovens.* No Brasil, 51,3% desses chefes têm menos de 40 anos, contra 43,1% dos não-pobres. Esse percentual cresce no meio urbano (54,6% para os pobres e 46,5% para os não-pobres, sobretudo nas regiões metropolitanas (60,3% e 43,5%).

4) *A maior proporção das famílias pobres é chefiada por mulheres.* A proporção deste tipo de família é de 23,6% para o Brasil (sendo de 19,4% para as não-pobres). Nas áreas urbanas esse percentual se eleva para 32,7% (sendo que para os não-pobres é de apenas 12,6%), aumentando ainda mais nas regiões metropolitanas como um todo (para 44,8% versus 25,2% para as não-pobres). Isto traz implicações para o nível de renda dessas famílias, já que, sabidamente, a renda dos chefes de família do sexo feminino é relativamente menor que a dos chefes do sexo masculino.

5) *Os chefes de família que se declaram de cor preta (ou parda) são proporcionalmente mais numerosos entre os pobres.* No Brasil, 5,7% dos chefes de família consideraram-se de cor preta. Esse percentual é mais elevado nas regiões metropolitanas (6,7%), em especial em Salvador (16,6%) e no Rio de Janeiro (9,8%). Ela é maior, contudo, na área rural (6,1%), do que na urbana (5,5%). No país como um todo, 7,9% são chefes de família de cor preta e pobres; no meio urbano essa proporção sobe para 8,7%; e no conjunto das regiões metropolitanas para 11,3%.

6) *Os chefes de família pobres estão mais submetidos a relações informais de trabalho, ou exercem proporcionalmente mais atividades por conta própria.* Dos chefes de família pobres empregados no Brasil, 56,3% não possuiam, em 1990, carteira assinada (*versus* 19,8% para os não-pobres); sendo 44,2% no meio urbano e 30,7% nas regiões metropolitanas. Do total de chefes de família pobres ocupados do país, 41,1% exerciam atividades por conta própria (sendo 30,1% no caso dos não-pobres).

7) *As atividades econômicas dos chefes de família pobres tendem a concentrar-se nos setores de baixa produtividade.* No país, 55,3% dos chefes de família pobres trabalham na agricultura (comparados com 15,2% dos não-pobres) e apenas 8,1% na indústria de transformação (para 18,3% no caso dos não-pobres). Mesmo morando no meio urbano, 18,7% dos chefes família pobres ainda trabalham no campo, contra apenas 5,6% dos não-pobres. Ainda nas cidades, 22,5% dos pobres trabalham na indústria de transformação e outras atividades industriais (exceto construção civil), proporção que contrasta com 38,7% dos não-pobres. Nas regiões metropolitanas, o setor de serviços abriga 27% dos chefes pobres (e 15,3% dos não-pobres) e a construção civil 15,8% (9,6% dos não-pobres).

8) *Os níveis educacionais dos chefes de família pobres são muito baixos.* Para o Brasil, 44,8% desses chefes são formalmente analfabetos (contra 17% dos não-pobres). Esse percentual no Nordeste atinge a 57,7%. Ademais 84,2% dos chefes de família pobres do país têm quatro ou menos anos de escolaridade (ou seja, podem ser considerados "funcionalmente" analfabetos); esta situação atinge a 75,8% dos chefes pobres mesmo no Brasil urbano, sendo ainda de 64,2% nas regiões metropolitanas. Ou seja, a situação educacional, claramente deficiente no país, chega a níveis extremamente baixos entre os pobres, sendo uma das condições mais claramente associadas às situações de pobreza crítica.

Utilizando também os dados apurados pela PNAD-1990, RODRIGUES (1993) levanta a **renda** média dos **pobres** e dos **ricos** nos estados brasileiros. Foram considerados **pobres** os 20% da PEA de cada estado, ou grande região, situados na base da pirâmide de rendimentos. Já os **ricos** foram considerados como os 10% da PEA que se encontram no topo da pirâmide de rendimentos de cada estado ou grande região. Este conceito de rendimento da PEA engloba não apenas a remuneração do(s) trabalho(s) no mês da pesquisa da PNAD (setembro de 1990), mas também o rendimento mensal normalmente recebido de outras fontes, como aposentadoria, pensão, aluguel, juros de caderneta de poupança ou de outras aplicações financeiras, etc. ([96]). Ressalva-se ainda que a região Norte não foi incluída neste levantamento por não apresentar estatatísticas referentes às zonas rurais, o que representaria forte fator de distorção para a análise comparativa pretendida.

Segundo esses critérios, **na média do país os 20% mais pobres da PEA recebem aproximadamente até 1 (um) salário mínimo, enquanto os 10% mais ricos auferem rendimentos acima de 10 salários mínimos**.

Na determinação das rendas médias dos pobres e dos ricos nos estados brasileiros, utilizou-se a distribuição da PEA com rendimento por estratos de renda para cada estado (PNAD-1990) e se apurou aí a renda média dos 20% mais pobres e dos 10% mais ricos, bem como o percentual da renda total detida por estes segmentos da população.

Com relação aos ricos, o **Distrito Federal** é a Unidade Federada que apresenta a **maior renda média de seus ricos** (40,6 salários mínimos de setembro de 1990), disparado na frente dos ricos de São Paulo (28,9 salários mínimos). O estado do **Maranhão** é o que registra a **menor** renda média dos ricos (11,2 salários mínimos). A distância que separa os ricos do Distrito Federal e os do

Maranhão (3,6 vezes) é a mesma que se observa entre os ricos do Brasil e os do Marrocos, práticamente desconsiderados no litoral africano ([97]).

No que se refere aos **pobres**, o Estado de **São Paulo** se sitúa em primeiro lugar em termos de renda média (1,1 salário mínimo); enquanto que o **Piauí** é o pior colocado, já que seus pobres recebem uma renda média de 0,17 salário mínimo. Assim, os pobres de São Paulo ganham em média 6,3 vezes mais do que os pobres do Piauí, uma diferença semelhante à observada entre os pobres do Brasil e os da Austrália ([98]).

Ao ordenar os estados e as grandes regiões segundo a renda média de seus pobres e de seus ricos, se distinguem três grupos bem definidos: o primeiro com uma renda média superior à do país; o segundo com uma renda média intermediária entre a do Brasil e a do Nordeste; e o terceiro com uma renda média inferior à do Nordeste.

No que diz respeito aos **ricos**, o primeiro grupo (com uma renda média superior à do país) inclui o DF e GO, estados do Centro-Oeste; SP, RJ e ES, da região Sudeste; e SC e RS, da região Sul. Os demais estados destas regiões, além da BA, PE e PB, da região Nordeste, pertencem ao segundo grupo (renda média intermediária). Os estados do RN, SE, AL, CE, PI e MA, todos do Nordeste, estão no terceiro grupo (renda média inferior à do Nordeste como um todo).

Com relação aos **pobres**, os estados de SP e RJ, do Sudeste, e todos os da região Sul e Centro-Oeste compõem o primeiro grupo. Os estados de MG e ES, do Sudeste, e os de SE, PE, AL e BA, do Nordeste, formam o segundo grupo; enquanto que no terceiro grupo situam-se novamente os estados do RN, PB, CE, MA e PI, do Nordeste.

Ressalta-se que este *ranking* dos estados segundo a **renda média de seus pobres** coincide, de modo geral, com o ordenamento dos mesmos segundo a **proporção de indigentes de sua população** elaborado pelo IPEA no "Mapa da Fome" ([99]). A não-coincidência desses *rankings* seria explicada pelo grau de intensidade da pobreza nesses estados. Assim, o Paraná, classificado em décimo segundo lugar no Mapa da Fome, sobe para nono lugar quando se considera a renda média de seus pobres. Isto significaria que a situação da intensidade da pobreza neste estado é relativamente mais favorável do que sua situação de proporção de pobres ([100]).

A RENDA DOS POBRES E O MAPA DA FOME. COMPARAÇÃO ENTRE O RANKING DOS ESTADOS E GRANDES REGIÕES SEGUNDO O MAPA DA FOME (IPEA) E SEGUNDO O RENDIMENTO MÉDIO DE SEUS POBRES - BRASIL - 1990

Brasil/Estados /Regiões	Proporção dos indigentes por estado (IPEA)		Rendimento médio dos 20% mais pobres da PEA	
	%	Classific.	Em no.de SM(*)	Classific.
NORDESTE	40,91	20	0,33	20
Maranhão	44,93	22	0,18	24
Piauí	57,24	25	0,17	25
Ceará	47,21	23	0,21	23
R.G.do Norte	42,26	21	0,32	21
Paraíba	47,23	24	0,22	22
Pernambuco	32,39	17	0,46	17
Alagoas	34,45	18	0,45	18
Sergipe	31,36	16	0,46	16
Bahia	37,58	19	0,40	19
SUDESTE	12,38	4	0,80	5
Minas Gerais	22,25	14	0,50	14
Espírito Santo	27,10	15	0,49	15
Rio de Janeiro	12,23	3	0,81	4
São Paulo	6,56	1	1,08	1
SUL	18,10	10	0,77	8
Paraná	20,70	12	0,65	9
Santa Catarina	14,97	5	0,93	3
R.Grande do Sul	17,02	8	0,78	7
CENTRO-OESTE	16,12	7	0,64	10
M.Grosso do Sul	17,73	9	0,60	11
Mato Grosso	15,91	6	0,79	6
Goiás (a)	19,00	11	0,57	12
Distrito Federal	6,94	2	1,05	2
BRASIL	21,94	13	0,54	13

Fonte: FIBGE, PNAD-1990 E IPEA, MAPA DA FOME.
(*)Salário Mínimo de set./90 = Cr$ 6.056,31
(a) Inclui o estado de Tocantins.

Quando se observa a ordenação em forma decrescente dos estados no que diz respeito às rendas médias dos pobres e dos ricos, constata-se que alguns estados estão sensívelmente mais bem posicionados em termos da renda média de seus ricos do que da de seus pobres, como é o caso do Espírito Santo, Goiás, Paraíba e Bahia.

De outro lado, determinados estados estão mais bem classificados em termos da renda média dos seus pobres, como os estados do Sul, a própria região Sul, além de Alagoas, Sergipe e Mato Grosso.

A distribuição da renda diferenciada, particularmente no interior desses estratos aqui considerados (10% mais ricos e 20% mais pobres) parece explicar essas situações. Assim, enquanto os ricos de Sergipe estão em 21o. lugar na escala nacional, o *ranking* de seus pobres o situa no 16o. lugar. Quando se observa a **razão ricos/pobres** (ver Quadro abaixo) neste estado, verifica-se que ela é aí nítidamente mais baixa em termos do padrão Nordeste de distribuição de renda - 13,6 vezes contra 21,5 vezes na média do Nordeste - chegando a 34,9 vezes no caso do Piauí.

No caso do Espírito Santo, a renda média de seus ricos aparece em 8o. lugar, enquanto que seus pobres se classificam em 15o. lugar. De acordo com o mesmo raciocínio acima, observa-se que a **razão ricos/pobres** aponta aí para uma distribuição de renda mais perversa que a verificada no Sudeste. Ou seja, os 10% mais ricos da PEA do Espírito Santo detêm um percentual da renda total 23,6 vezes maior do que a proporção da renda apropriada pelos 20% mais pobres da PEA. Esta razão cai para 16,2 vezes na média Sudeste e para 13,1 vezes no Estado de São Paulo.

Finalmente, analisando o caso do Distrito Federal, embora em termos de *ranking* sua classificação quanto a seus pobres (segundo lugar) fique apenas uma colocação abaixo daquela quanto a seus ricos (primeiro lugar), cabe destacar o grave quadro de concentração de renda na capital do País. Quando comparada a São Paulo, a renda média dos ricos do Distrito Federal chega a ser 40% superior à renda média dos ricos paulistanos; enquanto que, por outro lado, os pobres de São Paulo estão "melhor posicionados".

RAZÃO RICOS/POBRES: RAZÃO ENTRE A PARTICIPAÇÃO NA RENDA TOTAL DOS 10% MAIS RICOS E DOS 20% MAIS POBRES DA PEA DE CADA ESTADO BRASILEIRO, 1990

Brasil/Regiões/Estados	Razão entre os 10% mais ricos e os 20% mais pobres (vezes)
Nordeste	21,51
Piauí	34,91
Paraíba	33,49
Maranhão	28,70
Ceará	27,87
R.G.do Norte	21,94
Bahia	21,62
Pernambuco	17,00
Alagoas	13,93
Sergipe	13,62
Sudeste	16,19
Espírito Santo	23,63
Minas Gerais	19,99
Rio de Janeiro	15,67
São Paulo	13,07
Sul	14,45
Paraná	15,76
Rio Gde. do Sul	14,45
Santa Catarina	13,44
Centro-Oeste	21,56
Goiás(a)	21,79
Distrito Federal	18,96
M.Grosso do Sul	17,33
Mato Grosso	12,44
Brasil	21,03

Fonte: FIBGE, PNAD 1990
(a) Inclui o Estado de Tocantins.

RENDA DOS RICOS POR ESTADO: RENDIMENTO MÉDIO DOS 10% MAIS RICOS DA POPULAÇÃO ECONÔMICAMENTE ATIVA (**) POR ESTADO - 1990

Estados/Regiões/Brasil	Classificação	Rendimento Médio (em SM)
Distrito Federal	1	40,645
São Paulo	2	28,9713
(*)CENTRO-OESTE	3	28,0136
SUDESTE	4	26,5499
Rio de Janeiro	5	25,7244
Santa Catarina	6	25,2482
(*)Goiás	7	25,1986
(*)Espírito Santo	8	23,2728
Rio Grande do Sul	9	23,1284
(*)BRASIL	10	23,1266
SUL	11	22,7972
Mato Grosso do Sul	12	21,2877
Paraná	13	20,7056
Minas Gerais	14	20,3452
Mato Grosso	15	19,7452
(*)Bahia	16	17,3263
Pernambuco	17	15,8229
(*)Paraíba	18	14,8368
NORDESTE	19	14,4777
Rio Grande do Norte	20	14,1248
Sergipe	21	12,9698
Alagoas	22	12,8119
Ceará	23	11,8592
Piauí	24	11,666
Maranhão	25	11,1952

Fonte: FIBGE, PNAD-1990
(*) Ricos mais bem classificados que os pobres
(**)Com rendimento.

RENDA DOS POBRES POR ESTADO: RENDIMENTO MÉDIO DOS 20% MAIS POBRES DA POPULAÇÃO ECONÔMICAMENTE ATIVA (**) POR ESTADO - 1990

Estados/Regiões/Brasil	Classificação	Rendimento Médio (em SM)
São Paulo	1	1,0786
Distrito Federal	2	1,0524
(*)Santa Catarina	3	0,9272
Rio de Janeiro	4	0,813
SUDESTE	5	0,8024
(*)Mato Grosso	6	0,785
(*)Rio Grande do Sul	7	0,7756
SUL	8	0,7703
(*)Paraná	9	0,6454
CENTRO-OESTE	10	0,6423
Mato Grosso do Sul	11	0,6048
Goiás	12	0,5719
BRASIL	13	0,5409
Minas Gerais	14	0,5016
Espírito Santo	15	0,4888
(*)Sergipe	16	0,4639
Pernambuco	17	0,457
(*)Alagoas	18	0,453
Bahia	19	0,3966
NORDESTE	20	0,3322
Rio Grande do Norte	21	0,317
Paraíba	22	0,22
Ceará	23	0,21
Maranhão	24	0,18
Piauí	25	0,17

Fonte: FIBGE, PNAD-1990
(*) Pobres mais bem classificados que os ricos
(**)Com rendimento.

Essa heterogeneidade entre os estados e regiões do perfil de distribuição de renda entre os mais ricos e os mais pobres vai além do tradicional padrão regional brasileiro de distribuição da riqueza. Em muitos casos ela pode ser explicada por distintos modelos de crescimento adotados, fortemente influenciados por **políticas econômicas e sociais diferenciadas**. Rodrigues (op.cit.) cita alguns exemplos.

No caso de Sergipe, os mais pobres poderiam estar sendo favorecidos pelo forte peso da indústria no estado, apoiada em iniciativas do tipo Petrobrás, Nitrofértil e Petromisa. Por outro lado, aparentemente o pólo petroquímico de Camaçari na Bahia ainda não teria conseguido produzir esses mesmos efeitos sobre seus pobres, mais concentrados no vasto interior (os sertões), na medida em que o estado encontra-se melhor classificado apenas em termos de seus ricos. Os fartos incentivos fiscais concedidos ao estado do Espírito Santo estariam favorecendo mais a seus ricos do que a seus pobres. São citadas as empresas que apenas se instalam nesse estado, valendo-se daqueles benefícios fiscais, mas que utilizam a mão-de-obra e o mercado consumidor do Rio de Janeiro e de Minas Gerais. Finalmente, o perfil menos concentrador de distribuição da renda nos estados do Sul é explicado, entre outros fatores, pelo forte peso da colonização européia no processo de crescimento

econômico dessa região, conformando estruturas agrária, industrial e comercial com grande presença de propriedade média e pequena.

Os dados apresentados neste estudo podem servir para uma primeira sistematização sobre a situação dos ricos e dos pobres nos estados brasileiros, sobretudo no que diz respeito à heterogeneidade acima apontada, que se diferencia um pouco das análises regionais mais conhecidas. Sem dúvida, sua análise merece um aprofundamento, sobretudo tendo em mira a busca de alternativas específicas e descentralizadas para a solução ou melhoria das situações de maior desigualdade social.

O "**Mapa da Fome**" (IPEA,1993), elaborado pelo IPEA (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada do Govêrno Federal), constituiu-se no documento de recente repercussão nacional na exposição da situação de fome e indigência no Brasil, na medida em que foi produto de uma mobilização conjunta do setor público, de partidos políticos e da sociedade civil, em prol da **Campanha da Cidadania contra a Miséria e a Fome.**

Esse documento é o primeiro resultado da análise da questão alimentar no Brasil. Nele são expostos os indicadores da indigência e da fome desagregados por áreas metropolitanas, áreas urbanas e rurais de cada Unidade Federada, além dos dados regionalizados sobre a produção de alimentos e algumas considerações sobre as prioridades de intervenção para o enfrentamento do problema alimentar do país. Interessa aqui analisar os dados sobre a indigência que nos ajude a compor o quadro de desigualdade e pobreza no Brasil ([101]).

Para a quantificação dos indigentes no país, o IPEA criou a **linha de indigência**, cujo valor monetário foi baseado em metodologia da CEPAL ([102]), estimando o custo de uma cesta básica de alimentos cuja composição atende aos requerimentos nutricionais, recomendados pela FAO/OMS/ONU ([103]), especificados para a população de cada região do país. Essas composições consideram os hábitos de consumo de cada região bem como a disponibilidade efetiva de alimentos e os preços relativos dos mesmos. Dessa forma, a **linha de indigência** foi definida em função do gasto *per capita* de uma família para satisfazer o conjunto de suas necessidades alimentares. Foram consideradas **indigentes** aquelas famílias "cujos rendimentos mensais lhes permitem, no máximo, a aquisição desta cesta básica de alimentos" ([104]).

Segundo esse estudo do IPEA, portanto, no **Brasil**, em **1990**, **trinta e dois milhões de pessoas**, compondo **nove milhões de famílias**, estariam em **situação de indigência**. O limite utilizado para determinar a população que apresentaria condições mais graves de insuficiência alimentar foi a renda mensal que garantiria às famílias, na melhor das hipóteses, apenas a aquisição de uma cesta básica de alimentos capaz de satisfazer suas necessidades nutricionais ([105]).

Do total das pessoas cuja renda não permite sequer acesso a uma quantidade adequada de alimentos, **metade** localiza-se nas **cidades**. Dessas pessoas, a parcela mais significativa - cerca de 7,2 milhões de indigentes - está no Nordeste. Outra parcela considerável - 4,5 milhões de pessoas, ou cerca de 30% do total de indigentes que vivem nas cidades brasileiras - se situa nas regiões metropolitanas ([106]).

Na área **rural**, o predomínio do Nordeste em termos de indigência é absoluto: aí concentram-se mais de 60% das pessoas cuja renda não lhes permite sustentar um padrão aceitável de alimentação. Por outro lado, chama-se a atenção para o fato de que na área rural o consumo de alimentos é mais alto do que nas áreas urbanas (7,5% em média), o que é explicado pelo maior acesso a alimentos que não passam pelo mercado. Dessa forma, a maior ocorrência de desnutrição nas áreas rurais se deve às **maiores dificuldades de acesso a serviços de saúde e saneamento** ([107]).

As Tabelas abaixo, que apresentam uma estimativa dos indigentes e sua distribuição, em termos absolutos e proporcionais, por situação de domicílio segundo unidades da federação, constam apenas do anexo do referido estudo do IPEA (op.cit.). Considerou-se aqui relevante uma análise de cada uma delas na medida em que, em conjunto com os diversos estudos e dados anteriormente apresentados, permitirá, por um lado, uma visão comparativa e global da situação de indigência e pobreza no Brasil ao final da década de 80. Por outro lado, a análise mais detalhada dos dados por região e unidade federada possibilitará um suporte mais preciso para a discussão de alternativas de políticas de intervenção, globais (de responsabilidade federal) e específicas (de responsabilidade regional/estadual e/ou municipal), no combate à indigência e à pobreza.

ESTIMATIVAS DO TOTAL DE PESSOAS INDIGENTES (1), POR SITUAÇÃO DE DOMICÍLIO, SEGUNDO UNIDADES DA FEDERAÇÃO, BRASIL, 1990.

Unidade da Federação	Total	Metropolitana	Urbana não Metropolitana	Rural
NORTE (2)	685.204	131.418	553.786	...
Rondônia	74.052	-	74.052	...
Acre	43.134	-	43.134	...
Amazonas	122.411	-	122.411	...
Roraima	2.849	-	2.849	...
Pará	429.871	131.418	298.453	...
Amapá	12.887	-	12.887	...
NORDESTE	17.288.528	1.493.438	5.649.353	10.145.737
Maranhão	2.304.066	-	589.545	1.714.520
Piauí	1.515.266	-	450.303	1.064.963
Ceará	3.034.518	484.126	786.467	1.763.925
R.G.do Norte	977.175	-	507.268	469.908
Paraíba	1.527.826	-	696.037	831.789
Pernambuco	2.325.719	634.469	663.470	1.027.780
Alagoas	833.077	-	408.304	424.774
Sergipe	439.617	-	186.005	253.612
Bahia	4.331.264	374.842	1.361.956	2.594.446
SUDESTE	7.982.453	2.397.912	2.845.149	2.739.392
Rio de Janeiro	1.703.824	1.172.334	242.134	289.356
Minas Gerais	3.471.834	382.546	1.535.999	1.553.289
Espírito Santo	678.556	-	257.720	420.837
São Paulo	2.128.239	843.032	809.296	475.911
SUL	4.082.314	373.653	1.281.801	2.426.859
Paraná	1.883.043	147.708	607.278	1.128.057
Santa Catarina	664.375	-	241.545	422.831
R.G. do Sul	1.534.895	225.946	432.979	875.971
CENTRO-OESTE	1.640.597	-	898.138	742.459
M.G.do Sul	310.858	-	209.869	100.990
Mato Grosso	273.465	-	109.176	164.289
Goiás	930.806	-	453.626	477.180
DF(3)	125.468	-	125.468	-
BRASIL (4)	31.679.095	4.396.421	11.228.228	16.054.447

Fonte: IBGE, PNAD 1990
(1) Pessoas cuja renda familiar corresponde, no máximo, ao valor de aquisição da cesta básica de alimentos que atenda, para família como um todo, os requerimentos nutricionais recomendados pela FAO/OMS/ONU.
(2) Exclusive as pessoas da área rural.
(3) Inclusive as pessoas da área rural.
(4) Exclusive as pessoas da área rural da região Norte.
Elaboração: IPEA-Coordenadoria de Política Social

A primeira observação a partir dos dados da Tabela acima é a de que o total de pessoas indigentes residentes em área urbana (15.624.649) chega próximo ao total residente em área rural (16.054.447). Ou seja, **o fenômeno da indigência no Brasil em 1990 passa a ser, em termos de magnitude absoluta, tanto rural como urbano**. Isto evidentemente traz **implicações sérias para as políticas públicas**, na medida em que as soluções exigidas para cada uma dessas áreas são de natureza e complexidade diferenciadas. Ressalte-se aqui que, a par disso, existem também diferenças acentuadas entre os fenômenos de indigência urbana nas cidades não metropolitanas e aqueles que ocorrem nas regiões metropolitanas, exigindo também intervenções bem distintas.

Do ponto de vista regional, o fenômeno da indigência é essencialmente rural no Nordeste (muito embora o contingente de indigentes urbanos seja o maior do Brasil) e no Sul; essencialmente urbano no Sudeste, e um pouco mais urbano no Centro-Oeste. Cabe lembrar que a análise da região Norte fica prejudicada pela ausência de dados para a área rural.

A região **Nordeste** é aquela que concentra o maior contingente de indigentes, tanto no total como nas áreas **urbana não metropolitana e rural**. Nas **áreas metropolitanas** o predomínio de indigentes se encontra no **Sudeste**, com 2 milhões e 400 mil pessoas nessa situação. É interessante notar que nesta região, no entanto, o número de indigentes das áreas urbanas não metropolitanas é ligeiramente superior ao das áreas metropolitanas. Cabe assim à Região **Sudeste** o segundo lugar no *ranking* do total de indigentes.

Com relação às **unidades federadas**, é na Bahia que se encontra o maior número de indigentes do Brasil, seguida de Minas Gerais, Ceará, Pernambuco e Maranhão. Cabe a São Paulo o sexto lugar. Na região Sul o maior contingente de indigentes fica por conta do Paraná; enquanto que no Centro-Oeste cabe a Goiás o primeiro lugar.

A distribuição das **famílias** indigentes pelas regiões e unidades da federação, por situação de domicílio, evidentemente acompanha a distribuição das pessoas indigentes apresentada anteriormente.

Assim, das **mais de nove milhões de famílias indigentes no país**, pouco menos da metade (48,6%) vive na região Nordeste, seis pontos percentuais abaixo da proporção de pessoas indigentes. Já no Sudeste a proporção de famílias (28,5%) é um pouco superior à encontrada para as pessoas indigentes. A distribuição dessas famílias pelas unidades federadas também acompanha a distribuição das pessoas, tendo a Bahia em primeiro lugar, com mais de um milhão de famílias indigentes (12,4% do total).

ESTIMATIVAS DO TOTAL DE FAMÍLIAS INDIGENTES (1), POR SITUAÇÃO DE DOMICÍLIO, SEGUNDO UNIDADES DA FEDERAÇÃO, BRASIL, 1990.

Unidade da Federação	Total	Metropolitana	Urbana não Metropolitana	Rural
NORTE (2)	195.250	43.320	154.930	...
Rondônia	21.214	-	21.214	...
Acre	12.169	-	12.169	...
Amazonas	36.673	-	36.673	...
Roraima	1.139	-	1.139	...
Pará	122.065	43.320	78.745	...
Amapá	4.990	-	4.990	...
NORDESTE	4.464.839	437.713	1.622.318	2.404.809
Maranhão	551.349	-	159.337	392.012
Piauí	339.732	-	116.116	223.615
Ceará	757.145	135.304	212.559	409.283
R.G.do Norte	255.187	-	144.217	110.970
Paraíba	406.078	-	211.711	194.367
Pernambuco	656.353	190.749	214.022	251.582
Alagoas	229.409	-	116.162	113.247
Sergipe	128.437	-	59.062	69.375
Bahia	1.141.148	111.660	389.130	640.357
SUDESTE	2.613.588	902.289	950.806	760.493
Rio de Janeiro	622.951	445.698	86.026	91.228
Minas Gerais	970.071	127.515	429.007	413.549
Espírito Santo	185.185	-	83.802	101.383
São Paulo	835.381	329.076	351.972	154.333
SUL	1.297.736	144.557	478.711	674.467
Paraná	563.505	57.277	209.527	296.701
Santa Catarina	213.920	-	93.855	120.065
R.G.do Sul	520.311	87.280	175.329	257.701
CENTRO-OESTE	600.187	-	385.707	214.479
M.G.do Sul	118.931	-	85.671	33.260
Mato Grosso	92.145	-	46.482	45.662
Goiás(3)	333.500	-	197.944	135.557
DF(4)	55.610	-	55.610	-
BRASIL (5)	9.174.598	1.527.879	3.592.472	4.054.247

Fonte: IBGE, PNAD 1990

(1) Famílias cuja renda familiar corresponde, no máximo, ao valor de aquisição da cesta básica de alimentos que atenda os requerimentos nutricionais recomendados pela FAO/OMS/ONU, para a família como um todo.

(2) Exclusive as pessoas da área rural.

(3) Inclusive as pessoas do Estado do Tocantins.

(4) Inclusive as pessoas da área rural.

(5) Exclusive as pessoas da área rural da região Norte.

PROPORÇÃO DAS PESSOAS INDIGENTES(1) EM RELAÇÃO AO TOTAL DAS PESSOAS, POR SITUAÇÃO DE DOMICÍLIO, SEGUNDO UNIDADES DA FEDERAÇÃO, BRASIL, 1990

Unidade da Federação	Total	Metropolitana	Urbana não Metropolitana	Rural
NORTE(2)	13,87	10,90	14,82	...
Rondônia	13,54	-	13,54	...
Acre	20,65	-	20,65	...
Amazonas	8,62	-	8,62	...
Roraima	3,26	-	3,26	...
Pará	16,70	10,90	21,83	...
Amapá	12,24	-	12,24	...
NORDESTE	40,91	19,92	34,14	55,68
Maranhão	44,93	-	31,36	52,79
Piauí	57,54	-	36,70	75,73
Ceará	47,21	22,28	49,43	66,23
R.G.Norte	42,26	-	33,26	59,71
Paraíba	47,23	-	33,44	72,11
Pernambuco	32,39	21,35	31,75	48,47
Alagoas	34,45	-	29,35	41,36
Sergipe	31,36	-	24,91	38,72
Bahia	37,58	15,93	33,94	50,27
SUDESTE	12,38	7,54	12,18	29,46
Rio de Janeiro	12,23	10,43	14,51	27,36
Minas Gerais	22,25	10,53	19,54	37,75
Esp.Santo	27,10	-	15,86	47,84
São Paulo	6,56	4,97	6,63	14,66
SUL	18,10	6,94	13,09	32,91
Paraná	20,70	6,25	15,75	39,21
S.Catarina	14,97	-	9,10	23,70
R.G.Sul	17,02	7,48	13,18	32,28
CENTRO-OESTE	16,12	-	11,90	28,24
M.G.do Sul	17,73	-	15,40	25,91
M.Grosso	15,91	-	10,93	22,84
Goiás	19,00	-	13,42	31,39
D.Federal(3)	6,94	-	6,94	-
BRASIL(4)	21,94	9,58	18,41	42,79

Fonte: IBGE, PNAD 1990

(1) Pessoas cuja renda familiar corresponde, no máximo, ao valor de aquisição da cesta básica de alimentos que atenda, para família como um todo, os requerimentos nutricionais recomendados pela FAO/OMS/ONU.

(2) Exclusive as pessoas da área rural.

(3) Inclusive as pessoas da área rural.

(4) Exclusive as pessoas da área rural da região Norte.

Elaboração: IPEA-Coordenadoria de Política Social

Quando se avalia, a partir dos dados acima, o **peso dos indigentes na população total**, salta aos olhos que é na zona **rural** onde ele é de longe mais significativo: 43% das pessoas que residem em área rural no Brasil são indigentes, bem acima do percentual encontrado na população total brasileira, que é de 22%.

Cabe novamente ao Nordeste a maior proporção de indigentes - 41% - com relação à sua população. Aqui também o predomínio é nitidamente rural: mais da metade das pessoas que moram na área rural no Nordeste se encontram em situação de indigência.

Em termos regionais ressalta-se a situação da região Sul, em segundo lugar em termos de proporção de indigentes (18,10%), influenciada por sua área rural, onde 33% da população é considerada indigente, e pelo estado do Paraná, com 21% de indigência.

Entre os estados, a situação de primazia fica por conta do Piauí, onde 58% da sua população se encontra em estado de indigência. As piores proporções (todas acima de 31%) são apresentadas pelas unidades federadas do Nordeste. Na região Sudeste, chama a atenção o estado do Espírito Santo, onde 27% das pessoas são indigentes. As mais baixas proporções se encontram em São Paulo e no Distrito Federal.

Ao tomarmos como referência o total de indigentes do Brasil, sua distribuição urbano-rural (como vimos) se encontra "equilibrada". Com relação aos **indigentes urbanos**, no entanto, estes se concentram na **área não metropolitana**.

Desse mesmo total, mais da metade - 54,6% - está no Nordeste, seguido da sua área rural, com 32% dos indigentes brasileiros. Em terceiro lugar está a região Sudeste, onde reside 1/4 dos indigentes do país. A seguir, está a área urbana não metropolitana do Nordeste, seguida do Estado da Bahia, da região Sul e do estado de Minas Gerais.

DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DAS PESSOAS INDIGENTES(1), POR SITUAÇÃO DE DOMICÍLIO, SEGUNDO UNIDADES DA FEDERAÇÃO, BRASIL, 1990

Unidade da Federação	Total	Metropolitana	Urbana não Metropolitana	Rural
NORTE(2)	2,16	0,41	1,75	...
Rondônia	0,23	-	0,23	...
Acre	0,14	-	0,14	...
Amazonas	0,39	-	0,39	...
Roraima	0,01	-	0,01	...
Pará	1,36	0,41	0,94	...
Amapá	0,04	-	0,04	...
NORDESTE	54,57	4,71	17,83	32,03
Maranhão	7,27	-	1,86	5,41
Piauí	4,78	-	1,42	3,36
Ceará	9,58	1,53	2,48	5,57
R.G.Norte	3,08	-	1,60	1,48
Paraíba	4,82	-	2,20	2,63
Pernambuco	7,34	2,00	2,09	3,24
Alagoas	2,63	-	1,29	1,34
Sergipe	1,39	-	0,59	0,80
Bahia	13,67	1,18	4,30	8,19
SUDESTE	25,20	7,57	8,98	8,65
Rio de Janeiro	5,38	3,70	0,76	0,91
Minas Gerais	10,96	1,21	4,85	4,90
Esp.Santo	2,14	-	0,81	1,33
São Paulo	6,72	2,66	2,55	1,50
SUL	12,89	1,18	4,05	7,66
Paraná	5,94	0,47	1,92	3,56
S.Catarina	2,10	-	0,76	1,33
R.G.Sul	4,85	0,71	1,37	2,77
CENTRO-OESTE	5,18	-	2,84	2,34
M.G.do Sul	0,98	-	0,66	0,32
M.Grosso	0,86	-	0,34	0,52
Goiás	2,94	-	1,43	1,51
D.Federal(3)	0,40	-	0,40	-
BRASIL(4)	100,00	13,88	35,44	50,68

Fonte: IBGE, PNAD 1990

(1) Pessoas cuja renda familiar corresponde, no máximo, ao valor de aquisição da cesta básica de alimentos que atenda, para família como um todo, os requerimentos nutricionais recomendados pela FAO/OMS/ONU.

(2) Exclusive as pessoas da área rural.

(3) Inclusive as pessoas da área rural.

(4) Exclusive as pessoas da área rural da região Norte.

Elaboração: IPEA-Coordenadoria de Política Social

DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DAS PESSOAS INDIGENTES(1), POR SITUAÇÃO DE DOMICÍLIO, SEGUNDO UNIDADES DA FEDERAÇÃO, BRASIL, 1990

Unidade da Federação	Total	Metropolitana	Urbana não Metropolitana	Rural
NORTE(2)	2,16	2,99	4,93	...
Rondônia	0,23	-	0,66	...
Acre	0,14	-	0,38	...
Amazonas	0,39	-	1,09	...
Roraima	0,01	-	0,03	...
Pará	1,36	2,99	2,66	...
Amapá	0,04	-	0,11	...
NORDESTE	54,57	33,97	50,31	63,20
Maranhão	7,27	-	5,25	10,68
Piauí	4,78	-	4,01	6,63
Ceará	9,58	11,01	7,00	10,99
R.G.Norte	3,08	-	4,52	2,93
Paraíba	4,82	-	6,20	5,18
Pernambuco	7,34	14,43	5,91	6,40
Alagoas	2,63	-	3,64	2,65
Sergipe	1,39	-	1,66	1,58
Bahia	13,67	8,53	12,13	16,16
SUDESTE	25,20	54,54	25,34	17,06
Rio de Janeiro	5,38	26,67	2,16	1,80
Minas Gerais	10,96	8,70	13,68	9,68
Esp.Santo	2,14	-	2,30	2,62
São Paulo	6,72	19,18	7,21	2,96
SUL	12,89	8,50	11,42	15,12
Paraná	5,94	3,36	5,41	7,03
S.Catarina	2,10	-	2,15	2,63
R.G.Sul	4,85	5,14	3,86	5,46
CENTRO-OESTE	5,18	-	8,00	4,62
M.G.do Sul	0,98	-	1,87	0,63
M.Grosso	0,86	-	0,97	1,02
Goiás	2,94	-	4,04	2,97
D.Federal(3)	0,40	-	1,12	-
BRASIL(4)	100,00	100,00	100,00	100,00

Fonte: IBGE, PNAD 1990

(1) Pessoas cuja renda familiar corresponde, no máximo, ao valor de aquisição da cesta básica de alimentos que atenda, para família como um todo, os requerimentos nutricionais recomendados pela FAO/OMS/ONU.

(2) Exclusive as pessoas da área rural.

(3) Inclusive as pessoas da área rural.

(4) Exclusive as pessoas da área rural da região Norte.

Elaboração: IPEA-Coordenadoria de Política Social

A distribuição do total de indigentes por regiões e unidades da federação já foi vista na tabela anterior. Na distribuição dos indigentes que residem em **áreas metropolitanas**, verifica-se que mais da metade está na região Sudeste. Nesta, a maior parte se encontra no Rio de Janeiro, que concentra 26,67% dos indigentes metropolitanos do país, seguido de São Paulo, com 19,18%. Quanto aos indigentes situados em **áreas urbanas não metropolitanas**, a distribuição é semelhante à distribuição total: metade se sitúa no Nordeste, e um quarto na região Sudeste. Chama a atenção que o estado que concentra a maior proporção de indigentes urbanos não metropolitanos é Minas Gerais (com 13,68% do total), seguido da Bahia (com 12,13%). Por último, os indigentes **rurais** apresentam nítida concentração no Nordeste, com 63,2%. Os três estados que concentram a maior proporção de indigentes em área rural do país são Bahia (com 16,16%), Maranhão e Ceará (ambos com mais de 10%).

DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DAS PESSOAS INDIGENTES(1), POR SITUAÇÃO DE DOMICÍLIO, SEGUNDO UNIDADES DA FEDERAÇÃO, BRASIL, 1990

Unidade da Federação	Total	Metropolitana	Urbana não Metropolitana	Rural
NORTE(2)	100,00	19,18	80,82	...
Rondônia	100,00	-	100,00	...
Acre	100,00	-	100,00	...
Amazonas	100,00	-	100,00	...
Roraima	100,00	-	100,00	...
Pará	100,00	30,57	69,43	...
Amapá	100,00	-	100,00	...
NORDESTE	100,00	8,64	32,68	58,68
Maranhão	100,00	-	25,59	74,41
Piauí	100,00	-	29,72	70,28
Ceará	100,00	15,95	25,92	58,13
R.G.Norte	100,00	-	51,91	48,09
Paraíba	100,00	-	45,56	54,44
Pernambuco	100,00	27,28	28,53	44,19
Alagoas	100,00	-	49,01	50,99
Sergipe	100,00	-	42,31	57,69
Bahia	100,00	8,65	31,44	59,90
SUDESTE	100,00	30,04	35,64	34,32
Rio de Janeiro	100,00	68,81	14,21	16,98
Minas Gerais	100,00	11,02	44,24	44,74
Esp.Santo	100,00	-	37,98	62,02
São Paulo	100,00	39,61	38,03	22,36
SUL	100,00	9,15	31,40	59,45
Paraná	100,00	7,84	32,25	59,91
S.Catarina	100,00	-	36,36	63,64
R.G.Sul	100,00	14,72	28,21	57,07
CENTRO-OESTE	100,00	-	54,74	45,26
M.G.do Sul	100,00	-	67,51	32,49
M.Grosso	100,00	-	39,92	60,08
Goiás	100,00	-	48,73	51,27
D.Federal(3)	100,00	-	100,00	-
BRASIL(4)	100,00	13,38	35,44	50,68

Fonte: IBGE, PNAD 1990

(1) Pessoas cuja renda familiar corresponde, no máximo, ao valor de aquisição da cesta básica de alimentos que atenda, para família como um todo, os requerimentos nutricionais recomendados pela FAO/OMS/ONU.

(2) Exclusive as pessoas da área rural.

(3) Inclusive as pessoas da área rural.

(4) Exclusive as pessoas da área rural da região Norte.

Elaboração: IPEA-Coordenadoria de Política Social

Ao analisar-se a distribuição dos indigentes no interior de cada região e cada estado, destaca-se que na região **Nordeste** mais da metade de seus indigentes (58,68%) estão concentrados na área rural. Maranhão e Piauí apresentam concentração bem acima da média regional, com mais de 70% de seus indigentes em área rural. Já Rio Grande do Norte e Alagoas são os únicos da região onde a metade de seus indigentes se situa em área urbana.

A região **Sudeste** apresenta distribuição "equitativa" de seus indigentes por área: de 30% nas áreas metropolitanas, a 35% nas áreas urbanas não metropolitanas e 34% nas áreas rurais. Já nas suas unidades federadas se observam diferenças bem acentuadas. No Rio de Janeiro, seus indigentes se encontram maciçamente concentrados na área metropolitana (69%), ao contrário de Minas Gerais, cuja distribuição majoritária de indigentes se divide entre as áreas urbana não metropolitana e a rural. No estado de São Paulo, a maior parte dos indigentes está nas áreas urbanas, divididos igualmente entre metropolitana e não metropolitana.

No **Sul**, tal como no Nordeste, o predomínio de indigentes é na área rural, com todas as suas unidades federadas seguindo esse padrão.

Finalmente na região **Centro-Oeste**, os indigentes estão divididos quase que igualmente entre as áreas urbana e rural, com predomínio para a primeira. O peso na área rural corre por conta de Mato Grosso (com 60% dos indigentes em área rural). Já Mato Grosso do Sul possui a maior parte de seus indigentes em área urbana. Em Goiás, eles estão igualmente distribuídos.

Entendendo que entre os mais pobres as **crianças** e os **adolescentes** "devem ser o objeto principal dos programas sociais e assistenciais, uma vez que são o contingente populacional mais vulnerável ao flagelo da pobreza e aos riscos de perdas irreparáveis no seu desenvolvimento físico e intelectual", o IPEA, por solicitação do Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente - CONANDA, elaborou o **Mapa da Criança**, apresentando a indigência entre as crianças e os adolescentes ([108]).

Segundo esse estudo, **quinze milhões de crianças e adolescentes - o que corresponde a um quarto da população infanto-juvenil no Brasil** - pertencem a famílias indigentes. O peso desse grupo no universo de indigentes do país, portanto, é mais do que significativo: enquanto o total de 32 milhões de indigentes corresponde a 22% da população nacional, os **15 milhões de indigentes infanto-juvenis representam praticamente a metade do total de indigentes brasileiros.**

Está no **Nordeste** o maior número de crianças e adolescentes em situação de miséria: são ao todo 8,6 milhões, o que representa 43% dos menores de 18 anos dessa região e 59% do total de indigentes do grupo infanto-juvenil, sendo este último percentual mais elevado que o verificado nessa região sobre o total de indigentes brasileiros .

São também os estados da Bahia, Minas Gerais e Ceará os que abrigam a maioria das crianças e adolescentes indigentes: são 2,1 milhões de menores de 18 anos na Bahia, 1,5 milhão em Minas Gerais e 1,4 milhão no Ceará. Em termos relativos, no entanto, é o estado do Piauí aquele que apresenta a maior concentração de indigência infanto-juvenil, com 61% do total de menores de 18 anos que aí residem. A seguir estão os estados do Ceará e da Paraíba, com uma proporção de 50%.

Ao analisar a distribuição por **área de residência**, pouco mais da metade das crianças e adolescentes em situação de miséria - 7,8 milhões ou 54% dos menores de 18 anos - vivem nas áreas **rurais**. Confirma-se mais uma vez o predomínio do Nordeste, com 5,2 milhões de pessoas, representando 56% da população rural nordestina nessa faixa etária.

Com relação às áreas **urbanas**, as **não-metropolitanas** lideram, concentrando cinco milhões de indigentes infanto-juvenis, o que representa uma incidência de 20%, o dobro da verificada pelo conjunto das áreas metropolitanas, com 11%. Quando se analisa os **centros urbanos** em separado, no entanto, constata-se que são as **áreas metropolitanas**, sobretudo as do **Sudeste**, que registram o **maior número de crianças e adolescentes indigentes**: estes representam um contingente de 471 mil na cidade do Rio de Janeiro e 327 mil em São Paulo. Na sequencia, estão as regiões metropolitanas nordestinas do Recife, com 283 mil, e de Fortaleza, com 229 mil.

Ao desagregar a indigência infanto-juvenil por faixa etária, observou-se o mesmo padrão anterior em relação à sua distribuição espacial. No entanto, os dados apontam para um declínio dos índices de indigência a medida que aumenta a idade dessas crianças, o que deve estar relacionado com a maior capacidade de geração de rendimentos por parte dos demais membros da família, aí incluídos os próprios adolescentes.

A configuração familiar dessas crianças e adolescentes indigentes é de extrema relevância na medida, inclusive, em que permite a comparação com os estudos apresentados anteriormente sobre a **composição familiar da pobreza**.

Dessa forma, ainda segundo o IPEA (1993b), dos 15 milhões de crianças e adolescentes indigentes, 3,3 milhões fazem parte de famílias chefiadas por mulheres. De cada quatro brasileiros indigentes menores de 18 anos, um situa-se nesse tipo de família. No grupo infanto-juvenil , destaca-se que a incidência de indigentes nas famílias chefiadas por mulheres tende a elevar-se com a idade: a proporção de 22% no grupo de 0 a 6 anos aumenta para 28% no grupo entre 15 e 17 anos.

Esse fenômeno da **chefia familiar feminina** é essencialmente **urbano** e sobretudo **metropolitano**. Em termos comparativos, foi observada uma incidência de 39% de crianças e adolescentes indigentes cujas famílias são chefiadas por mulheres nas áreas metropolitanas, enquanto que nas áreas rurais a proporção observada cai para 13%.

Em termos de localização nas cidades, o Rio de Janeiro, São Paulo e Recife são aquelas que apresentam o maior número de menores de 18 anos sob a chefia familiar feminina, perfazendo um total de 422 mil menores. Em termos relativos, entretanto, o destaque fica por conta de Brasília, situada em primeiro lugar com 45% de crianças e adolescentes indigentes em famílias chefiadas por mulheres.

Outro grupo populacional considerado de maior vulnerabilidade são aquelas **famílias chefiadas por pessoas que não trabalham**. Nas áreas **urbanas**, metropolitanas e não-metropolitanas, a presença de menores indigentes nessas famílias atinge cerca de 22%. Nas áreas **rurais** essa incidência cai para 9%, o que permite inferir que nessas áreas, onde a indigência infanto-juvenil é maior, esta situação reflete, sobretudo, as baixas remunerações das chamadas ocupações agrícolas.

O Mapa da Criança do IPEA (1993b) apresenta ainda o perfil das crianças e adolescentes indigentes em termos de estudo e trabalho.

No tocante à atividade de **estudo**, o indicador utilizado demonstra uma situação negativa, na medida em que indica, na realidade, aqueles que estão **fora da escola**. Assim, no Brasil estão nesta situação 2,6 milhões de crianças e adolescentes, dos quais 1,6 milhão se situa na faixa etária entre 7 e 14 anos, cuja frequencia escolar é considerada obrigatória. Essa situação se agrava na medida em que a faixa etária aumenta: no grupo de 15 a 17 anos, a proporção de indigentes fora da escola chega a 61% dos indigentes nessa faixa, o que indica a necessidade desses jovens de ingressar mais precocemente no mercado de trabalho. Assim, de cada três jovens indigentes brasileiros, um deles já trabalha.

Os dados apresentados pelo IPEA revelam ainda que a maioria dos indigentes entre 7 e 17 anos que estão fora da escola residem, como era de se esperar, nas áreas rurais: 1,1 milhão na faixa etária de 7 a 14 anos, e 560 mil na faixa entre 15 e 17 anos. Essas proporções diminuem nas áreas urbanas e, progressivamente, nas metrópoles. Aqui o percentual de indigentes fora da escola representa 15% no grupo de 7 a 14 anos, chegando, no entanto, a quase a metade (49%) no grupo de adolescentes entre 15 e 17 anos.

Por outro lado, destaca-se a dimensão nada desprezível daqueles jovens que nem estudam nem trabalham: são pouco mais de 400 mil, representando 27% do total de indigentes nessa faixa etária. Este é um fenômeno característico das grandes cidades, onde se encontram grandes bolsões de inatividade dos jovens, tornando-os, pois, mais expostos aos chamados riscos de desajuste social. É na região **Sudeste** onde se verifica a **maior proporção de adolescentes de 15 a 17 anos em absoluta inatividade: 33% dos seus jovens indigentes, num total de 108 mil**. No **Nordeste**, qu apresenta o maior número absoluto de jovens nessa situação - 244 mil jovens indigentes inativos -, este grupo representa uma proporção menor que a do Sudeste: 25% do total de jovens indigentes. A média nacional é de 27%.

2.3.2 - Pobreza Urbana e Rural

Ao analisar a **pobreza urbana** no Brasil, BRANDÃO LOPES (1993) utiliza, à semelhança da CEPAL ([109]) e outros, linhas de **indigência** - valores *per capita* que cobrem apenas os gastos com alimentação - e linhas de **pobreza** - valores *per capita* para fazer face a todas as necessidades básicas, alimentares e não alimentares - ([110]), a partir dos dados da **PNSN-Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição** feita em 1989 ([111]).

As principais conclusões desse trabalho estão sumariadas nos seguintes ítens ([112]):

- Evolução das taxas de pobreza

As taxas de pobreza, tanto urbana quanto rural, no Brasil, decresceram progressivamente entre 1960 e 1980 (de 40% para pouco menos de 25%). Já na década de 80 a taxa de pobreza oscilou, segundo as condições econômicas, quase entre esses dois extremos: elevou-se ao nível de 1960 com a

recessão do início dos anos 80; baixou ao nível do início da década com o "boom" de 1986; e aumentou para pouco menos de 40% em 1988, com a deterioração econômica.

Tanto a variação da proporção de pobres nas metrópoles brasileiras, quanto as taxas globais para o Brasil, acompanharam as flutuações econômicas da última década. No entanto, isso se dá em patamares bem distintos: são contrastantes os níveis extremamente altos das metrópoles do Norte e do Nordeste (situando-se muitas vezes bem acima de 50%) com os níveis do Sudeste (entre 20 e 35% em média) e ainda mais com os do Sul (abaixo de 20% com frequencia).

- *Brasil urbano: perfil dos domicílios pobres em 1989*

Um terço dos domicílios urbanos estão abaixo da linha de pobreza (8,6 milhões de domicílios), sendo que destes, um em cada três se situam abaixo da indigência. Nesses **domicílios pobres** vivem **quase 41 milhões de pessoas, que representa 40% da população urbana e mais da metade das crianças até 3 anos de idade (51%)**. Tanto a pobreza quanto a indigência concentram-se nas regiões mais pobres do país (Centro, Norte e Nordeste) em proporções muito maiores que sua participação na população urbana brasileira.

A pobreza se associa a determinadas estruturas familiares e a dadas etapas do ciclo vital das famílias: casais jovens com filhos, idosos sós, domicílios pluri-familiares, e sobretudo mulheres, principalmente se jovens, sem cônjuge e com filhos pequenos, têm maior probabilidade de serem pobres ou indigentes que a média urbana.

Os indicadores de péssima situação sanitária (esgotamento sanitário, provisão de água e coleta de lixo, inexistentes ou extremamente precários), estão presentes em proporções iguais ou superiores à metade dos domicílios urbanos indigentes e entre um quarto e metade dos pobres não indigentes.

A estrutura etária dos domicílios é muito desfavorável: os domicílios indigentes têm em média quase três vezes mais crianças de menos de 10 anos; e os pobres não indigentes, quase o dobro do que os domicílios não pobres. Há sensívelmente menos pessoas em idade produtiva (aumentando portanto a razão de dependência).

Nos domicílios **indigentes**, dois terços dos chefes desses domicílios são analfabetos ou têm apenas até três anos de escolaridade. Consistente com esse dado, bem mais de 40% dos chefes (tanto indigentes quanto pobres) tem ocupações que remuneram muito pouco (as chamadas ocupações "pobres"). Entre os chefes de domicílios indigentes apenas 66% são ocupados (*versus* 77% nos domicílios pobres e 82% nos não pobres), com uma consequente proporção elevada de inativos e desempregados. Entre os indigentes ocupados, os empregados urbanos são muito menos presentes (54%), com um peso muito maior, em contrapartida, de ocupações por conta própria (34%) e empregos agrícolas (11%), correspondentes, de modo geral, aos "bóias-frias" que vivem em núcleos urbanos.

Por outro lado, o trabalho dos chefes de domicílio pobres, indigentes ou não, é muito mais instável do que o dos não-pobres. Isto se evidencia pela alta proporção desses chefes que procurou trabalho no último ano: um em cada quatro, *versus* um em cada dez para os chefes não-pobres. Além disso, o trabalho dos chefes pobres, sobretudo dos indigentes, apresenta muito menos segurança, na medida em que apresenta uma baixa cobertura de garantias da legislação do trabalho ou

previdenciárias: **mais da metade (53%) dos chefes pobres indigentes que são empregados não tem carteira assinada, e mais de 85% dos que trabalham por conta própria não contribuem para a previdência social.**

Incluindo-se todos os membros dos domicílios pobres urbanos (indigentes e não indigentes), além dos seus chefes, se agudiza ainda mais a precariedade da situação de trabalho e renda. Os domicílios pobres indigentes, dado o número de membros não produtivos e as altas taxas de inatividade e desemprego, têm, em média, quase o dobro de pessoas por ocupado (razão de dependência) do que os domicílios não pobres. Por outro lado, os tipos de ocupações e em que medida outras rendas se agregam aos rendimentos do trabalho distinguem os domicílios pobres, nos dois níveis, dos não pobres. Nestes últimos, combinam-se, com muito mais frequência, rendimentos do trabalho com outras rendas.

- *A abordagem das necessidades básicas: componentes da pobreza* ([113])

O indicador da "não satisfação das necessidades básicas utilizado aqui é um conjunto de variáveis, onde basta que uma delas indique uma situação má, para o domicílio ser classificado como "**NBI-Necessidades Básicas Insatisfeitas**", sendo os demais domicílios "**NBS-Necessidades Básica Satisfeitas**". As variáveis escolhidas que indicam a existência de **Necessidades Básicas Insatisfeitas** foram:

- densidade de pessoas por dormitário maior de que 3,5;
- o domicílio ser do tipo "rústico" (sem ser de alvenaria);
- o seu abastecimento de água ser de "outra forma" (não ser da rede geral, de poço ou de nascente) e não ter canalização interna;
- não ter esgotamento sanitário;
- não ter vaso sanitário;
- e possuir crianças de 7 a 11 anos que não frequentam escola.

Do cruzamento entre os níveis de pobreza dos domicílios (indigentes, pobres não indigentes e não pobres) e as necessidades básicas insatisfeitas (NBI), se separam os componentes da pobreza. Ou seja, se identifica a existência de uma pobreza estrutural distinta de uma pobreza mais recente, talvez transitória ou conjuntural. Com isso resultam quatro situações ([114]):

- ***Pobres estruturais***, que seriam as famílias abaixo da linha de pobreza e com necessidades básicas insatisfeitas, perfazendo um total de 3,21 milhões de domicílios ou 12,53% do total;
- ***Pobres mais recentes***, que seriam as famílias abaixo da linha de pobreza e com necessidades básicas insatisfeitas: 5,39 milhões de domicílios ou 21,05% do total;
- ***Pobres por NBI***, que seriam aquelas famílias acima da linha de pobreza e com necessidades básicas insatisfeitas, sendo um total de 1,62 milhões de domicílios ou 6,34% do total;
- *Não pobres stritu sensu*, que seriam as famílias acima da linha de pobreza e com as necessidades básicas satisfeitas: 15,39 milhões de domicílios ou 60,08% do total.

Todos esses elementos estão sintetizados na Tabela a seguir:

BRASIL URBANO: CARACTERÍSTICAS SELECIONADAS DOS DOMICÍLIOS E DOS SEUS CHEFES,SEGUNDO CRUZAMENTO DE NÍVEIS DE POBREZA COM INDICADOR DE INSATISFAÇÃO DE NECESSIDADES BÁSICAS, 1989

Características selecionadas	Indicador de N.B.	Nível de Pobreza I	P	NP	Total
Dos Domicílios:					
No. de domicílios (milhares)	NBI	1503.0	1707.7	1624.9	4835.6
	NBS	1324.2	4069.0	15394.7	20787.9
% de domicílios em c/casela	NBI	5.87	6.67	6.34	18.87
	NBS	5.17	15.88	60.08	81.13
% de domicílios com 0 ocupados	NBI	14.42	8.07	3.01	8.34
	NBS	19.10	11.16	6.93	8.53
Dos Chefes:					
% Chefes analfab.	NBI	54.40	35.16	16.56	34.89
	NBS	34.04	23.72	7.19	12.14
% Chefes mulheres	NBI	29.92	23.51	13.75	22.22
	NBS	30.71	24.07	19.45	21.07
% Chefes pretos ou pardos	NBI	79.33	67.97	51.25	65.88
	NBS	54.92	51.94	28.28	34.61
% Chefes empregados sem carteira assinada	NBI	61.99	37.02	26.33	39.74
	NBS	40.63	29.57	20.07	22.92
% Chefes conta própria, não contribuintes	NBI	88.22	90.74	82.10	86.70
	NBS	81.65	65.65	41.12	47.24
% Chefes c/ocupações agrícolas (1)	NBI	12.92	7.04	3.40	7.32
	NBS	7.71	4.17	0.72	1.71
% Chefes que procuraram trabalho nos últimos 12 meses (2)	NBI	28.59	30.10	17.03	25.24
	NBS	22.87	19.59	10.92	13.58
% Chefes com 4 ou + séries concluídas	NBI	21.40	41.79	64.52	43.03
	NBS	43.13	50.63	75.29	68.34

Fonte: PNSN,1989 (in ibid.p.36)
(1) Parceiro empregado, trabalhador agrícola e parceiro conta própria.
(2) Inclusive os que procuraram emprego nas últimas 4 semanas.

Duas espécies de processos, que separados ou combinados entre sí, podem provocar variações na distribuição dos **domicílios pobres** pelas várias situações de pobreza, alterando sobretudo suas proporções. Um deles seria uma alteração na renda domiciliar per cápita (mobilidade ascendente ou

descendente), e o outro uma mudança na disponibilidade dos equipamentos públicos (rede de água, esgôto e escolas). Dessa forma, o aumento ou a diminuição da renda per cápita dos domicílios mudaria as proporções entre os pobres estruturais e os pobres por NBI, ou entre os pobres "mais recentes" e os não pobres *stricto sensu*. Por outro lado, se o poder público aumenta a infra-estrutura das cidades (água e esgoto), as vagas nas escolas e a disponibilidade de habitações mais rápidamente do que o crescimento da população urbana, mesmo sem alterações de renda, provocaria uma diminuição da proporção dos pobres por NBI com relação aos não pobres *stricto sensu*.

- *Diferenciações regionais da pobreza*

A situação social das populações urbanas do Centro, Norte e Nordeste, é qualitativamente diferente das do Sudeste e do Sul, tanto pela magnitude muito maior da pobreza como pelas proporções distintas dos seus diversos componentes. A pobreza estrutural em relação à mais recente é 0,86 no NOrte/Centro-Oeste e 0,84 no Nordeste; enquanto que no Sudeste e no Sul é de 0,44 e 0,43 respectivamente. A pobreza por NBI em relação aos não pobres *stricto sensu* também é diferente: 0,16 para as duas regiões mais pobres e 0,10 e 0,06 para o Sudeste e o Sul.

A partir de uma divisão do país em duas grandes regiões - Grande Região Centro Norte (**GRCN**), agregando o Centro-Oeste, o Norte e o Nordeste; e Grande Região Sul (**GRS**), incluindo o Sudeste e o Sul- notam-se enormes diferenças quantitativas e qualitativas. As proporções de indigentes e de pobres são muito maiores na GRCN. Aqui, dois terços das crianças de 0 a 3 anos são pobres, enquanto que na GRS esta proporção é de 43%. Enquanto naquela parte mais atrasada do país as proporções de domicílios indigentes em péssima situação quanto a indicadores de condições sanitárias e de isolamento social variam de 58 a 74%, naquela mais adiantada os percentuais correspondentes vão de 30 a 59%. A qualidade diferenciada da indigência e da pobreza na GRCN também se evidencia pelas estruturas familiares dos domicílios e por outras características socio-demográficas. Assim, na GRCN observam-se proporções bem superiores de unidades compostas (onde convivem pessoas de duas ou mais gerações), buscando, assim, socializar as condições de vida, proteger-se do desemprego ou das dificuldades advindas com a idade. É também na GRCN onde se observa o tamanho do domicílio muito maior (em número de pessoas) e a estrutura de idades muito mais desfavorável.

Essa divisão entre GRCN e GRS é dificultada quando se analisa a condição e modalidade de atividade dos chefes de domicílios urbanos bem como o trabalho e renda do conjunto dos seus moradores de mais de 10 anos. Estas características apontam para maior heterogeneidade da pobreza, nos seus vários níveis, entre as várias regiões urbanas do país. O contraste é nítido quando se toma apenas o Nordeste e o Sudeste urbanos. Na primeira região destaca-se, sobretudo entre os domicílios indigentes, mas também entre os pobres não indigentes, as proporções bem maiores de trabalhadores por conta-própria; enquanto que na região Sudeste verifica-se uma proporção maior de empregados. Por outro lado, a proporção de desempregados é menor no Nordeste do que no Sudeste. As diferenças qualitativas também são sublinhadas. O que se denomina de conta-própria no Nordeste, indigente ou pobre, parece ser muito diferente do conta-própria no Sudeste: taxas muito mais altas de analfabetos entre os chefes domicílio naquela região, e ausência muito mais frequente entre eles de

contribuição à previdência. A diferença que se destaca entre as duas regiões é a ausência no Nordeste de oportunidades de trabalho num mercado urbano mais estruturado, o que é compensado, e mal, por "bicos" e por rendas de reduzidíssimas pensões e aposentadorias.

BRANDÃO LOPES (op.cit.) também apresenta um dimensionamento e uma caracterização da **Pobreza Rural** no Brasil. Apesar da precariedade metodológica (assumida pelo próprio autor), optou-se por apresentar e analisar aqui alguns resultados desse estudo dada a quase inexistência de estudos sobre a pobreza específicos para a área rural no Brasil. As limitações metodológicas estão dadas pela extrapolação das linhas de pobreza para as regiões rurais (assim como foi feito para as urbanas) a partir daquelas estimadas por Sonia Rocha para as áreas metropolitanas. Os resultados se tornam precários na medida em que se pressupõe que os custos alimentares e custos totais nas zonas rurais tenham evoluido, desde a época da realização do ENDEF (1974/75), no mesmo ritmo dos preços das metrópoles (que foram utilizados por Sonia Rocha para atualizar os valores das linhas de pobreza metropolitanas). Supondo que as diferenças de custo de vida entre as metrópoles e as zonas rurais diminuiram desde a realização do ENDEF, principalmente nas regiões de agricultura mais moderna, as linhas de pobreza utilizadas são possívelmente baixas demais e sub-estimam a pobreza rural. Por outro lado, é possível que as características "pobres" encontradas estejam mais acentuadas do que estariam caso as linhas traçadas fossem mais altas ([115]).

Com todas essas ressalvas, os dados indicam que perto de **3,2 milhões de domicílios rurais** das regiões Nordeste, Sudeste e Sul acham-se em situação de **pobreza** (PNSN,1989), sendo, portanto, quase 45% do total dos domicílios rurais. Nesses domicílios são contadas **17,3 milhões de pessoas, ou seja, mais da metade da população rural**. Os dados relativos aos **pobres indigentes** (ou miseráveis) apontam **1,9 milhões de domicílios** (27% do total) e **11 milhões de pessoas** (um e cada três habitantes rurais) ([116]).

Ao analisar as características da **pobreza rural**, comparando-as com as da pobreza urbana, constata-se que aquela se apresenta de forma mais homogênea. Assim, a grande maioria dos domicílios pobres (80%) tem estruturas familiares constituídas de casais e filhos (e às vezes algum outro parente), com chefes de domicílios masculinos (jovens, de meia-idade ou idosos). No total da pobreza urbana esses tipos representam apenas 63% do total. Isto decorre da alta probabilidade desses tipos familiares rurais serem pobres, e não da sua frequência na população rural total. Por sua vez, no meio urbano, os tipos de estrutura familiar com maior probabilidade de serem pobres são os pluri-familiares e os chefiados por mulheres, tipos estes pouco frequentes no meio rural.

A menor heterogeneidade da pobreza rural também fica demonstrada pelas condições habitacionais, particularmente aquelas que indicam má situação sanitária, que são péssimas na grande maioria dos domicílios pobres rurais. Características como ausência de esgoto e privada, disposição do lixo em terreno baldio (ou em "outro" lugar) situam-se entre 70 e 80% dos domicílios, assim como a "rua de terra" atinge a quase totalidade dos pobres rurais ([117]).

Outros indicadores também confirmam essa diferenciação. Nas zonas rurais, 61% dos chefes de domicílios pobres são analfabetos (junto com os que têm menos de 4 anos de escolaridade atinge-se 87%); 80% não têm livros em casa e 85% não têm TV ([118]).

Também para as características ligadas a trabalho e renda, os pobres rurais apresentam uma situação generalizada de completa dependência do trabalho, através de uma ocupação "pobre", sem qualificação e sem garantias (carteira assinada e portanto previdência). Apenas 7% dos domicílios pobres rurais têm algum membro desempregado e apenas 13% dos seus chefes informaram ter procurado trabalho nos últimos 12 meses ([119]).

A situação no meio rural é, dessa forma, menos uma questão de falta de emprego do que de misérrimos rendimentos e de insegurança no trabalho, além dos maiores encargos familiares. Dos domicílios pobres rurais, 66% têm apenas rendas do trabalho (*versus* 52% dos domicílios pobres urbanos); e 71% dos seus chefes têm ocupações "pobres" (*versus* 44% dos urbanos). Quase três quartos dos empregados pobres no meio rural não têm carteira de trabalho assinada e quase a totalidade (93%) dos que trabalham por conta própria não contribuem para a previdência (nas regiões urbanas esses proporções são 38% e 77%).

2.3.3 - Pobreza Metropolitana

Analisando a situação social nas nove **Regiões Metropolitanas** - RM e no Distrito Federal entre 1970 e 1988, verifica-se que essas regiões tendem a concentrar tanto a riqueza como a pobreza do país.

Em 1988, apenas as RM de Fortaleza e do Recife têm **IDR - Indice de Desenvolvimento Relativo** ([120]) inferior a 0,800, e as do Distrito Federal, Porto Alegre, São Paulo e Curitiba apresentam **IDR** superiores a 0,900. Os rendimentos domiciliares *per capita* das regiões metropolitanas apresentam tendência convergente entre 1970 e 1988: o de Fortaleza, por exemplo, que correspondia a apenas 37% do de São Paulo em 1970, equivale a 53% em 1988; sendo que, neste último ano, o Recife, que é a região com menor rendimento domiciliar per cápita, corresponde a 95% do de Fortaleza. Já a **distribuição da renda** nas regiões metropolitanas se agrava sensívelmente no período (a exceção de Curitiba), com os 5% mais ricos detendo quase sempre mais de 30% da renda e os 40% mais pobres menos de 10% ([121]).

A **incidência de pobreza** se mantém em níveis muito altos no período: cresce em Curitiba e cai muito pouco nas demais regiões, decrescendo menos de 10%, em comparação com a redução da pobreza urbana no país como um todo, que é de cerca de um terço entre 1970 e 1988, refletindo a tendência para **metropolização da pobreza**.

Analisando os resultados apresentados pelos componentes do **IDR** para as **regiões metropolitanas** ([122]), nota-se um "mosaico" social bastante diversificado (o que se distancia da idéia de uma sociedade "dual"). As regiões metropolitanas de Fortaleza e do Recife apresentaram os piores indicadores. As demais regiões se situaram numa escala crescente, com padrões diferenciados entre si. Quanto ao desempenho do **IDR** como um todo para as regiões metropolitanas, ele não se diferencia muito do verificado para o Brasil e macrorregiões. A partir de 1987, o desenvolvimento relativo metropolitano começa a retornar ao nível do início da década, não apenas pela queda na renda domiciliar per cápita (em função da crise econômica), mas também pelos baixos níveis dos indicadores sociais componentes desse índice.

Esse retrocesso pode também ser observado pelo aumento da concentração da renda em 1988 com relação a 1980 (medido pelo coeficiente de Gini), o que confirma uma piora na distribuição de renda nas regiões metropolitanas ([123]).

A metropolização da pobreza, ou seja, a concentração da pobreza absoluta nas áreas metropolitanas, destaca-se como uma das tendências mais relevantes da distribuição de renda no período recente. A estagnação econômica observada na década passada contribuiu em grande medida para a consolidação dessa tendência. A ausência de perspectivas, ou pior, as perspectivas de piora nesse sentido, podem vir a agravar mais ainda esse quadro, na medida em que as linhas de pobreza calculadas para as metrópoles mostram-se fortemente sensíveis às flutuações cíclicas da economia brasileira. Por outro lado, são tão evidentes as marcas de progresso na **não** acessibilidade aos serviços da infra-estrutura social, além do fato de que esse acesso vem se deteriorando cada vez mais por parte dos mais necessitados, o que também contribuirá para o agravamento acima citado.

Analisando a distribuição do coeficiente de Gini e da renda domiciliar *per capita* pelas grandes metrópoles brasileiras, verifica-se que o padrão de comportamento no tempo e a ordem de magnitude dos indicadores são bastante semelhantes aos observados anteriormente para as macrorregiões e o país como um todo. A maioria das metrópoles apresenta recrudescimento das desigualdades após 1976, chegando o Gini a atingir o recorde de 0,67 em Fortaleza. Quanto à renda domiciliar *per capita*, as quedas no período 1976/88 parecem ser ainda mais significativas que as observadas em igual período nas macrorregiões. As quedas observadas nas metrópoles do Sul e do Sudeste refletem, com intensidade ampliada, a estagnação que caracterizou a década de 80 ([124]).

Analisando os números absolutos de pobres e os percentuais de incidência da pobreza, as grandes metrópoles reuniram, em 1988, quase 6 milhões de pessoas em pobreza absoluta, significando 26% do total de pobres urbanos e 13% do total de brasileiros pobres. Na distribuição por metrópole, o Grande Rio destaca-se, de imediato, com o maior contingente absoluto de pessoas abaixo da linha de pobreza: mais de 1,3 milhões de indivíduos. As maiores incidências, no entanto, encontram-se nas metrópoles do Norte-Nordeste. No total das regiões metropolitanas, o número absoluto de pobres mais que triplica e a incidência quase duplicou nos últimos 12 anos. Essa expansão deveu-se, em grande medida, ao aumento das incidências nas metrópoles do Sul e Sudeste, as quais, como já foi observado, na fase descendente do ciclo sofrem com maior intensidade os efeitos da estagnação ([125]).

O fenômeno da metropolização da pobreza teria assim dois componentes. Um primeiro de longo prazo, envolvendo o conjunto das regiões metropolitanas e refletindo fatores históricos e estruturais da economia. Um segundo teria um caráter de ajustamento mais de curto prazo, refletindo fatores mais "conjunturais" ([126]).

Segundo a PNAD **1990**, as **regiões metropolitanas**, em seu conjunto, abrigavam **6 milhões de pobres** ,15% da pobreza no país, com uma incidência sobre sua população total de 13%. O Rio de Janeiro, com 1,5 milhões de pobres (4% da pobreza total), também apresentava uma incidência de 13%; enquanto São Paulo, com 1,0 milhão de pobres (3% da pobreza nacional), apresentava incidência menor de 6% ([127]).

Dois estudiosos da questão da pobreza, ROCHA e TOLOSA (1993), preocupados com a mensuração dos pobres para subsidiar as políticas de combate à pobreza, apresentam um exercício onde o número de pobres e suas respectivas incidências são calculados a partir das populações estimadas pela PNAD 1990 e computadas pelo Censo Demográfico de 1991. A partir das primeiras apurações do censo, sabe-se que a taxa anual média de crescimento demográfico nos anos 80 resultou bem inferior às obtidas em décadas anteriores. Dessa forma, a expansão da amostra feita pela PNAD 1990, que utilizou parâmetros do censo de 1980, superestima praticamente todos os agregados demográficos. Portanto, o número de pobres, e suas respectivas incidências, são sempre maiores nas estimativas a partir dos dados da PNAD do que a partir dos dados do censo (com exceção da região Norte, onde a PNAD se restringiu ao setor urbano, e, portanto, os dados do censo são superiores). Com essa interpretação, Rocha e Tolosa (op.cit.) consideram que o **primeiro grupo (PNAD 90) pode ser considerado como limite superior da população-alvo das políticas anti-pobreza, e segundo grupo (censo 1991) como limite inferior**. Essas estimativas são apresentadas na Tabela abaixo:

NÚMERO DE POBRES SEGUNDO ESTIMATIVAS DA PNAD E DO CENSO DEMOGRÁFICO 1990 (em milhares de pessoas)*

MACRORREGIÕES	INCIDÊNCIA(%)	POBRES PNAD(1)	POBRES CENSO(2)	(1)-(2)
Norte	20,7	1.030,4 **	2.040,4	
		(2,6)	(5,3)	
Nordeste	51,1	21.770,4	21.314,3	456,1
		(55,5)	(54,9)	
Sudeste	14,9	9.682,2	9.174,9	507,3
		(24,7)	(23,6)	
Sul	20,0	4.536,5	4.363,2	173,3
		(11,6)	(11,2)	
Centro-Oeste	21,3	2.189,4	1.946,6	242,8
		(5,6)	(5,0)	
BRASIL	27,0	39.208,9	38.839,4	369,5
		(100,0)	(100,0)	

FONTE: PNAD 1990 e censo demográfico 1991 (in.ibid.p.116)
* Os números entre parênteses indicam a participação relativa de cada macrorregião no total Brasil.
** Na região Norte a PNAD se restringe ao Setor Urbano.

Apesar das diferenças entre ambas estimativas acima demonstradas, confirmam-se as maiores e irrefutáveis evidências já apontadas anteriormente, como a preponderância do Nordeste em todos os sentidos: no número absoluto de pobres, na incidência dos mesmos sobre a população regional e na participação da região no país como um todo. A segunda região em termos de número absoluto de pobres e de participação da região no país (mas não de incidência regional) é o Sudeste, região também onde a diferença PNAD-Censo foi mais acentuada. Em termos de incidência da pobreza sobre a população regional, o Centro-Oeste vem em segundo lugar, seguido do Norte e do Sul e, por último, o Sudeste.

Rocha e Tolosa (op.cit.) também elaboram uma caracterização dos pobres no Brasil, através da análise de **doze indicadores socio-econômicos** referentes às **metrópoles brasileiras em 1990** (ve Tabela -- em anexo). A fim de conferir algum parâmetro a esses indicadores, para cada um deles foi feita uma comparação entre os pobres e os não-pobres ([128]). No conjunto de indicadores escolhido, estariam compreendidas as variáveis mais representativas: participação dos pobres no mercado de trabalho local; condições de acessibilidade à infra-estrutura social; e posse de bens duráveis.

Os primeiros sete indicadores - taxa de atividade, ocupação secundária, ocupação terciária, trabalho precoce, trabalho informal, trabalho informal feminino, subemprego - caracterizam a **inserção dos pobres no mercado de trabalho**. Essa seleção obedece a três critérios complementares. O primeiro diz respeito à intensidade no uso da mão-de-obra, medida com referência à jornada de trabalho (40 hs.semanais trabalhadas). Esse indicador de "subemprego" apresenta algumas deficiências já conhecidas, como por exo. a indevida inclusão de profissionais liberais e funcionários públicos com jornadas inferiores a 40 horas. Na situação oposta, são excluídos indevidamente biscateiros e outros trabalhadores eventuais, cujo tempo empregado na negociação somado à realização de tarefa propriamente dita supera a jornada-padrão ([129]).

O segundo critério, referente ao mercado de trabalho, focaliza as atividades ditas "informais", ou seja, aquelas caracterizadas pela ausência de contrato formal de trabalho, intermitência de renda e falta de cobertura pela previdência social. Alguns segmentos da força de trabalho, como mulheres e crianças, tipificam essas relações informais, o que lhes confere grande mobilidade para entrar ou sair do mercado, conforme as necessidades da renda familiar. Por isso, foram incluídos indicadores específicos para a denominada "força de trabalho secundária": trabalho informal feminino (composto de mulheres) e trabalho precoce (composto de menores).

O terceiro critério caracteriza simultâneamente a estrutura produtiva (setores secundário e terciário) da metrópole e singulariza aquelas atividades terciárias (em particular serviços pessoais e comércio tradicional) associadas à baixa qualificação da mão-de-obra e pobreza.

Os quatro indicadores seguintes, referem-se às **condições de acessibilidade dos pobres aos serviços básicos** de suprimento de água, esgoto sanitário, coleta de lixo e educação (acesso à escola). Esses ítens possuem forte peso no orçamento das famílias de baixa renda, sendo, dessa forma, relevantes para fins de complementação da renda real dos pobres. O último indicador destaca a posse de geladeira como um ítem capaz de diferenciar a **utilização de bens duráveis** entre indivíduos ou famílias de baixa renda.

Esses indicadores são analisados segundo dois aspectos principais: a capacidade desses indicadores de captar as diferenciações entre regiões metropolitanas; e a capacidade de distinguir entre pobres e não-pobres. No que se refere ao mercado de trabalho, por exo., o índice de subemprego revela, a exceção de São Paulo, uma surpreendente homogeneidade, tanto entre as metrópoles como entre pobres e não-pobres. Ao que tudo indica, esse indicador de "subemprego" (pelas deficiências apontadas acima) não é capaz de captar as diferenças e peculiaridades existentes entre as regiões metropolitanas. O mesmo parece estar ocorrendo com o indicador trabalho precoce,

onde Curitiba se destaca em virtude de suas condições especiais, o que inclui, entre outras, um processo de periferização muito associado à pobreza no meio rural.

No tocante aos indicadores de trabalho informal, as metrópoles da região Nordeste formam nitidamente um grupo em separado, onde a ocorrência de relações informais é bem superior à das demais regiões metropolitanas. Além de variar significativamente entre as metrópoles, os altos índices de trabalho informal feminino também revelam grandes diferenças na participação feminina nos segmentos pobres e não-pobres da população, sendo sistemáticamente superiores no primeiro grupo.

Os indicadores de **trabalho informal** tendem a ser positivamente correlacionados com a ocupação terciária, onde serviços pessoais, domésticos e o pequeno comércio concentram, habitualmente, grandes contingentes de mão-de-obra pouco qualificada. Esses serviços não são regulados, em sua maioria, por contratos com garantias legais e benefícios trabalhistas. Dessa forma, seis das nove metrópoles brasileiras concentram mais de 50% dos pobres em atividades terciárias, com destaque para o Rio de Janeiro (56%), Belém (56%), Salvador (55%) e Recife (55%) ([130]).

Os cinco indicadores restantes - água inadequada, esgôto inadequado, lixo inadequado, sem acesso à escola, e sem geladeira - indicam principalmente o **acesso da população metropolitana aos serviços da infra-estrutura social**. O indicador relativo à **educação** (acesso à escola) mostra, em princípio, comportamento surpreendente, na medida em que mostra pequena variação não apenas entre as metrópoles mas também entre os segmentos pobres e não-pobres. Os demais indicadores caracterizam, uma vez mais, as **más condições de acesso a serviços básicos e a bens duráveis na metrópoles do Norte e do Nordeste**. Dentre estas últimas, o caso mais crítico parece ser o de Recife, em particular no que se refere aos esgotos sanitários e, por consequencia, à saúde pública.

A desagregação dos dados segundo **centro e periferia das regiões metropolitanas** ([131]) não apenas confirmam como, de certa forma, agravam as constatações feitas acima. As carências mais agudas ocorrem nas **periferias das metrópoles nordestinas**. Em Fortaleza, 76% dos pobres que residem na periferia não têm acesso ao abastecimento adequado de água, enquanto na periferia de Recife, 83% deles não dispõem de esgoto sanitário. Destaca-se, no entanto, que, em função das **baixas taxas de investimento público verificadas nos últimos dez anos, condições inadequada ou mesmo críticas de acesso aos serviços básicos não são um "privilégio" apenas das regiõ metropolitanas menos desenvolvidas**. Os pobres da periferia do Rio de Janeiro são tão mal servidos por abastecimento de água quanto os da de Recife, assim como os pobres da periferia de Belo Horizonte possuem condições de acesso ao esgotamento sanitário mais graves do que nas periferias de Salvador ou Fortaleza.

Também ao desagregar os dados relativos à pobreza como **insuficiência de renda** (sendo pobres aqueles cuja renda está abaixo da linha de pobreza, conforme visto acima), verifica-se que as periferias apresentam, sistemáticamente, proporções de pobres mais elevadas que o núcleo, de modo que se pode falar de **periferização da pobreza como padrão de localização dos pobres nas metrópoles** ([132]).

As variações de incidência de pobreza nos núcleos e periferias metropolitanos são importantes, seguindo um claro padrão regional: as metrópoles nordestinas apresentam maior incidência de pobreza tanto no núcleo quanto na periferia. As proporções mais elevadas de pobres são de 42% no núcleo de Recife e de 59% na periferia de Salvador; e as mais baixas ocorrem no Sul, com 6% no núcleo e 21% na periferia de Curitiba. Esse padrão reproduz o comportamento observado nas regiões metropolitanas quando consideradas como um todo ([133]).

A partir dos dados de crescimento demográfico da última década, verifica-se que **a incidência da pobreza não está vinculada à pressão populacional**. A metrópole que apresentou maior crescimento demográfico -Curitiba, com 3,64% a.a.- registra a menor proporção de pobres; enquanto Recife, que cresceu abaixo do crescimento vegetativo da população brasileira (1,85% a.a. versus 1,93% a.a.), apresenta níveis de incidência de pobreza explosivos. Já o Rio de Janeiro, que foi a metrópole que menos cresceu na última década (1,01% a.a.), notóriamente empobreceu: a proporção de pobres passou de 27,2% em 1981 para 32,2% em 1990 ([134]).

Em contrapartida, se apresenta uma associação entre a periferização da pobreza metropolitana e o chamado "ciclo de vida das metrópoles". Isto significa que metrópoles incipientes do ponto de vista do desenvolvimento econômico e urbano, como as nordestinas, apresentam uma distribuição espacial de pobres entre núcleo e periferia que se assemelha à repartição da população total. Ou seja, ao se tratar de um fenômeno geral, a periferização da pobreza ocorre, mas de forma menos acentuada. Por outro lado, o processo de expansão da metrópole conduzindo paulatinamente à expulsão dos pobres do núcleo segregando-os na periferia, observado nas demais regiões metropolitanas, já não se verifica em São Paulo. Aqui já estaria ocorrendo a terceira fase do "ciclo de vida": a periferia evoluiu para a formação de submúcleos (com aumento do número de "cortiços"), complementando o processo de periferização dos pobres.

Rocha e Tolosa (op.cit.) chamam a atenção para o fato de que esse "ciclo de vida" das metrópoles, ao qual estão vinculados os graus de incidência e periferização da pobreza, desempenham papel fundamental na determinação das condições de vida da população pobre. Dessa forma, inserção no mercado de trabalho e acesso aos serviços públicos tendem a apresentar condições mais favoráveis nas metrópoles do Centro-Sul. Daí se conclui que os diferenciais entre as regiões metropolitanas são mais importantes do que entre núcleo e periferia, embora se reconheça que as condições de vida nesta última sejam piores. Ou seja, os pobres da periferia de São Paulo apresentariam condições de vida mais adequadas do que os que residem no núcleo das metrópoles nordestinas.

Diante das evidências de metropolização da pobreza no Brasil, os aspectos vinculados ao ritmo e padrão de crescimento das metrópoles são, portanto, de fundamental importância. Assim, o crescimento mais acentuado da população das periferias, fenômeno que, embora também tenha ocorrido entre 1970-1980, se acentuou marcadamente na última década, é uma característica comum no padrão de crescimento entre regiões metropolitanas. Este é um dos aspectos do processo de espacialização populacional observado no Brasil nos anos 80.

Os outros dois aspectos destacados nesse padrão de espacialização foram:

1) Uma tendência continuada à urbanização, decorrente da expulsão de mão-de-obra agrícola nas regiões mais modernizadas e da atração exercida pelos centros urbanos, onde as populações pobres tendem a obter maiores benefícios não monetários que na área rural. Nesse sentido destaca-se o decréscimo em termos absolutos da população rural: de 38,6 milhões em 1980 para 36 milhões em 1991. A tendência à urbanização se manteve apesar do fraco dinamismo das atividades líderes da economia: a taxa de urbanização passa de 67,6% em 1980 para 75,5% em 1991. Ou seja, três em cada quatro brasileiros hoje já vivem em áreas urbanas.

2) Uma mudança no padrão de crescimento dos municípios em termos de tamanho populacional. Na década de 80, os municípios que mais cresceram foram aqueles com 100 a 500 mil habitantes, com taxa média geométrica de 2,44%, bem superior à verificada nos municípios menores (1,85%) e nos maiores (1,51%). Essa queda no crescimento populacional observada nos municípios com mais de 500 mil habitantes trouxe um impacto direto sobre a metropolização. Nos anos oitenta as metrópoles tiveram um crescimento demográfico bem abaixo daquele das áreas urbanas não metropolitanas: 1,98% *versus* 3,63% a.a. ([135]).

Utilizando outros parâmetros para a construção de **linhas de pobreza**, ROCHA (1992) estuda a pobreza nas **regiões metropolitanas** brasileiras, para as quais a disponibilidade de informações detalhadas sobre preços, em conjunto com dados de pesquisas de orçamentos familiares, possibilitou a definição dessas linhas de pobreza específicas por ano e local. Esses parâmetros, associados aos dados sobre **renda** da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios-PNAD, são utilizados para diferenciar os **pobres** dos **não-pobres** e para obter a proporção de pobres e a razão de insuficiência de renda para cada ano e região. Um exercício de análise multivariada baseado em um conjunto de indicadores de qualidade de vida dos pobres propiciou a elaboração de um **índice sintético de pobreza** a partir do qual se ordenou as regiões metropolitanas.

Partindo dos pressupostos de que uma única linha de pobreza, ou, que o uso de um mesmo parâmetro monetário como referência para o país inteiro, embora operacionalmente mais simples, é analíticamente inadequado; e de que existem significativas diferenças espaciais no custo de vida como resultado da disparidade tanto nos níveis de preço quanto nos padrões de consumo, Rocha (op.cit.) estabelece **linhas de pobreza com base em estimativa dos custos efetivos de satisfação das necessidades básicas dos indivíduos** ([136]), levando em consideração essas diferenças entre as regiões metropolitanas.

As linhas de pobreza assim construídas, utilizadas como parâmetros para a comparação da incidência de pobreza, embora calculadas e utilizadas em valores correntes, são expressas aqui em termos do valor médio anual do salário mínimo oficial (ver Tabela abaixo).

LINHAS DE POBREZA SEGUNDO REGIÕES METROPOLITANAS EM ANOS SELECIONADOS
(Expressos em termos do maior salário mínimo médio anual)

Regiões Metropol.	1981	1983	1985	1986	1987	1988	1989	1990
Belém	0,63	0,73	0,72	0,81	0,97	0,91	0,85	1,22
Fortaleza	0,59	0,56	0,52	0,49	0,59	0,54	0,51	0,72
Recife	0,60	0,60	0,62	0,54	0,68	0,65	0,62	0,93
Salvador	0,63	0,63	0,64	0,66	0,81	0,74	0,74	1,02
B.Horizonte	0,52	0,61	0,63	0,58	0,70	0,67	0,65	0,96
R.de Janeiro	0,58	0,68	0,74	0,62	0,77	0,76	0,75	1,11
São Paulo	0,68	0,83	0,79	0,77	0,99	0,94	0,90	1,29
Curitiba	0,43	0,54	0,53	0,48	0,59	0,57	0,57	0,77
Porto Alegre	0,59	0,69	0,71	0,64	0,79	0,75	0,73	1,03

Fonte: Dados primários do Endef e do SNIPC (Rocha, op.cit., p.545)

Algumas observações relativas à localização e ao tamanho das regiões metropolitanas podem ser feitas. Uma primeira, é que não existe correlação entre **valor** da linha de pobreza e **tamanho** da região metropolitana. Assim, enquanto São Paulo, com uma população de 17,4 milhões de pessoas, registra valores altos de linha de pobreza, determinados por custos crescentes de urbanização (transporte urbano e habitação por ex.), Belém, com população de 1,2 milhão de pessoas, apresenta valores similares, provavelmente associados às altas margens de comercialização e aos custos do transporte de mercadorias.

Uma segunda, é que a variação nos valores das linhas de pobreza **não parece caracterizar um padrão regional definido**, na medida em que são registrados valores altos tanto na região Norte como na região Centro-Sul. Por outro lado, as **diferenças entre as metrópoles** no que diz respeito aos **custos de vida específicos**, particularmente os custos relativos aos ítens que são relevantes para a linha de pobreza, não são levadas em conta pelo salário mínimo nacional, implicando num tratamento desigual para as diferentes regiões metropolitanas. Dessa forma, fica evidente que os diferenciais de custo de vida nas regiões metropolitanas, que permanecem significativos no período analisado, desaconselha, mais uma vez, a utilização de um parâmetro único para a análise da incidência da pobreza.

Esta, considerada como insuficiência de renda, é analisada a partir da comparação da **renda familiar per cápita** com as **linhas de pobreza**, determinando, deste modo, a proporção de pobres na população total. Os resultados são apresentados na Tabela abaixo:

PROPORÇÃO DE POBRES NAS REGIÕES METROPOLITANAS EM ANOS SELECIONADOS
(Em %)

Regiões Metrop.	1981	1983	1985	1986	1987	1988	1989	1990
Belém	50,9	57,6	43,8	45,9	45,1	46,6	39,6	43,2
Fortaleza	54,0	56,2	43,6	30,1	37,8	35,8	40,7	41,3
Recife	55,6	56,6	47,5	39,9	42,8	43,9	47,2	47,4
Salvador	43,1	43,8	39,5	37,5	39,4	33,9	39,0	38,0
B.Horizonte	31,3	44,1	36,1	26,4	27,7	28,9	27,2	29,6
R.de Janeiro	27,2	34,7	36,8	23,2	25,9	25,1	32,5	32,2
São Paulo	22,0	34,4	26,9	16,9	20,0	17,5	20,9	21,6
Curitiba	17,4	29,6	24,3	10,5	10,9	10,7	13,5	12,2
Porto Alegre	17,9	29,7	23,3	16,3	18,7	21,2	21,0	20,9
Total	29,1	38,2	33,0	22,8	25,5	24,4	27,9	28,9

Fonte: PNAD (in ibid.p.546)

Algumas observações podem ser extraídas dos dados acima. A proporção de pobres no total das metrópoles, após algumas oscilações, em 1990 é semelhante à registrada em 1981. Essas oscilações, observadas para todas as regiões metropolitanas, coincidem claramente com as variações do ciclo econômico: a proporção de pobres aumenta nítidamente em 1983, cai em 1986, e oscila de acordo com os ciclos de curto prazo até 1990. Alguns fenômenos regionais, como a seca de 1979 a 1982 no Nordeste, afetam diferenciadamente algumas regiões. Enquanto em 1981 o Rio de Janeiro, São Paulo, Curitiba e Porto Alegre situavam-se abaixo da proporção nacional de pobres, em 1990 o Rio de Janeiro passa a se situar acima da mesma, com um aumento de cinco pontos percentuais na sua proporção de pobres. A polarização entre Recife (com a maior proporção de pobres) e Curitiba (com a menor) em 1981 se mantém em 1990.

Uma complementação desse panorama é dada pela quantificação do número de pobres por região metropolitana. Dentre estas, Rio de Janeiro e São Paulo respondem pela maior, e crescente, parcela do número total de pobres metropolitanos - 52% em 1981 e 55% em 1990 (ver Tabela abaixo).

NÚMERO ABSOLUTO DE POBRES SEGUNDO REGIÕES METROPOLITANAS - 1990

Regiões Metropolitanas	Número de pobres
Belém	532.489
Fortaleza	916.467
Recife	1.451.960
Salvador	942.087
Belo Horizonte	1.112.416
Rio de Janeiro	3.686.548
São Paulo	3.800.539
Curitiba	293.700
Porto Alegre	643.438
Total	13.379.644

Fonte: PNAD (in ibid.p.548)

A fim de mensurar a intensidade da pobreza, isto é, o hiato entre a renda dos pobres e a linha de pobreza, Rocha (op.cit.) elabora a **Razão de Insuficiência de Renda**, a qual oferece uma dimensão complementar da pobreza sob a ótica da renda, mostrando "quão pobres os pobres são" (ver Tabela abaixo). A comparação desse indicador em 1981 e 1990 mostra que a evolução segundo regiões metropolitanas foi bastante diferenciada. Observa-se acentuado declínio em Fortaleza, enquanto em Salvador ocorreu forte aumento da intensidade da pobreza. Já no Rio de Janeiro, a razão de insuficiência de renda permaneceu virtualmente estável, enquanto em São Paulo apresentou aumento marcante. Considerando o tamanho agregado destas duas regiões - 56% da população metropolitana do Brasil - o resultado para ambas parece indicar um efeito agregado ligeiramente adverso.

RAZÃO DE INSUFICIÊNCIA DE RENDA SEGUNDO REGIÕES METROPOLITANAS EM ANOS SELECIONADOS

Regiões Metropolitanas	1981	1990
Belém	0,431	0,423
Fortaleza	0,483	0,436
Recife	0,478	0,459
Salvador	0,451	0,515
Belo Horizonte	0,408	0,430
Rio de Janeiro	0,410	0,407
São Paulo	0,376	0,396
Curitiba	0,337	0,409
Porto Alegre	0,371	0,410

Fonte: PNAD (tabela modificada de Tabela 4 in ibid.p.548)

Com a intenção de proporcionar um quadro ainda mais completo da pobreza, é elaborado um **Índice Composto de Pobreza**, obtido através da proporção de pobres em conjunto com a Razão de Insuficiência de Renda ([137]), para cada região metropolitana. O índice decresce de forma mais acentuada naquelas regiões onde se mostrava mais elevado no início da década, o que ocorre com as metrópoles nordestinas (a exceção de Salvador). Mais uma vez isto é explicado pela seca que ocorreu no Nordeste no início dos anos 80 ([138]). Outros fatores também podem ter tido influência na redução desses índices no Nordeste, como o aumento do emprego público e urbano, a maturação de projetos industriais ao longo dos anos 80, e a intensificação da agroindústria. Curitiba também apresenta queda no índice, seguido de Belo Horizonte, que permanece estável. As elevações mais acentuadas são observadas nos índices de Porto Alegre e Rio de Janeiro, sendo que São Paulo e Salvador apresentam pequenas elevações. As elevações para Rio de Janeiro e São Paulo podem ser explicadas pelo maior impacto do chamado "efeito-crise". De modo geral, as disparidades entre as metrópoles são reduzidas no período.

ÍNDICE COMPOSTO DE POBREZA SEGUNDO REGIÕES METROPOLITANAS - 1981 E 1990

Regiões Metropolitanas	1981	1990
Belém	0,219	0,183
Fortaleza	0,261	0,180
Recife	0,266	0,217
Salvador	0,194	0,196
Belo Horizonte	0,128	0,127
Rio de Janeiro	0,112	0,131
São Paulo	0,083	0,085
Curitiba	0,059	0,049
Porto Alegre	0,066	0,086

Fonte: PNAD (in ibid.p.549)

Para oferecer uma evidência adicional acerca da desigualdade de renda entre os pobres e os não-pobres, além de refletir tanto a proporção de pobres quanto as diferenças na intensidade da pobreza nas diversas regiões, se estabelece a relação entre o valor absoluto da insuficiência de renda dos pobres em relação à renda dos não-pobres (ver Tabela abaixo). Além do acentuado declínio dessas razões para as regiões metropolitanas do Norte e do Nordeste na década, destaca-se o quão baixas elas são em ambos os anos, sobretudo quando se consideram todas as metrópoles em conjunto. Ao admitir como certa a subestimação das rendas na cauda superior da distribuição, essas razões são, na realidade, ainda mais baixas.

A INSUFICIÊNCIA DE RENDA COMO PROPORÇÃO DA RENDA DOS NÃO-POBRES SEGUNDO REGIÕES METROPOLITANAS - 1981 E 1990

Regiões Metropolitanas	1981	1990
Belém	0,143	0,070
Fortaleza	0,165	0,065
Recife	0,173	0,103
Salvador	0,085	0,066
Belo Horizonte	0,045	0,038
Rio de Janeiro	0,035	0,045
São Paulo	0,028	0,026
Curitiba	0,015	0,011
Porto Alegre	0,019	0,022
Todas as metrópoles	0,042	0,037

Fonte: PNAD (in ibid.p.550)

Reconhecendo que o critério de insuficiência de renda não esgota o problema da pobreza, Rocha (op.cit.) tambem adota a abordagem vinculada às "**necessidades básicas**", utilizando diversos **indicadores sociais**, apontando como vantagens o fato de se mensurar a pobreza por meio de resultados efetivos em termos de qualidade de vida, alem de enfatizar a complementaridade entre os diversos aspectos da qualidade de vida como um fator importante a considerar na elaboração de políticas sociais.

Alguns desses indicadores estão mais nitidamente vinculados ao nível de renda, como alguns ítens relacionados ao conforto domiciliar (tamanho, durabilidade dos materiais, disponibilidade de bens duráveis). Quando ocorre este tipo de privação no âmbito do consumo pessoal associado à insuficiência de renda, seria o aumento desta última a maneira mais direta de melhorar as condições de vida da população-alvo. Outros indicadores, como as condições de saneamento básico, dependem fundamentalmente da iniciativa do setor público para sua manutenção e melhoria.

Para ilustrar a utilidade na combinação dos dois critérios, considerou-se o número de domicílios que não tinham acesso a saneamento básico adequado em 1990: 1,596 milhões com abastecimento de água inadequado; e 2,329 milhões com esgoto inadequado. Para se ter uma idéia dos progressos recentes na eliminação desses déficits, foram realizadas aproximadamente 250 mil conexões de água e 239 mil conexões de esgoto por ano no período 1989/90 ([139]). Para o estabelecimento de prioridades de atendimento, a renda pode ser utilizada na definição das populações pobres e na identificação e mensuração de suas carências, partindo-se do pressuposto de que estas se tornam mais críticas quando associadas à insuficiência de renda.

Os dados da Tabela abaixo, onde se reporta o número de pessoas não atendidas pela infra-estrutura de saneamento básico, separando-as entre pobres e não-pobres, ilustram bem essas diferenças.

NÚMERO DE PESSOAS VIVENDO EM CONDIÇÕES DE SANEAMENTO INADEQUADO - 1990

R.Metrop.	Abastecimento de água inadequado			Esgoto inadequado		
	Total(1)	Pobres(2)	2/1x100	Total(1)	Pobres(2)	2/1x100
Belém	248.120	162.026	65,3	426.611	263.043	61,6
Fortaleza	881.701	497.901	56,5	389.587	267.628	68,6
Recife	802.397	619.350	77,2	1.850.187	1.161.811	62,8
Salvador	422.080	317.267	75,2	552.554	353.870	64,0
B.Horizonte	400.771	254.993	63,6	942.513	472.209	50,1
R.Janeiro	1.989.144	1.159.606	58,3	1.807.020	1.049.353	58,1
São Paulo	994.067	467.923	47,1	1.269.451	1.140.176	89,8
Curitiba	340.892	112.815	33,1	446.931	160.816	36,0
P.Alegre	305.883	171.982	56,2	334.514	195.773	58,5

Fonte: PNAD (Tabela modificada de Tabela 8 in Rocha,1992,.p.553).

Aqui, a situação é muito crítica nas metrópoles onde, além do alto déficit em saneamento básico, grande parte da população não atendida é também pobre, como Recife e Salvador quanto ao abastecimento de água, e Fortaleza e São Paulo quanto ao esgoto. O oposto ocorre em Curitiba, onde menos de 1/3 da população sem acesso a água e esgoto é de pobres.

Em síntese, este tipo de estudo tenta demonstrar a inadequação do uso de um parâmetro único nacional para a mensuração da pobreza e a caracterização da população pobre. O estabelecimento de linhas de pobreza a partir de estruturas específicas de consumo e preços para cada região

metropolitana, demonstrou significativos diferenciais de custo de vida para a população de baixa renda nas nove metrópoles.

Analisando os indicadores de pobreza enquanto **insuficiência de renda** ao longo da década, obteve-se um **padrão claramente regional**: proporções mais altas nas regiões Norte e Nordeste, médias no Rio de Janeiro e Belo Horizonte, e mais baixas no Sul. Ao considerar os dois anos extremos da década, 1981 e 1990, observou-se uma **proporção de pobres em torno de 29% para o conjunto das metrópoles**, apesar das flutuações vinculadas aos ciclos econômicos de menor duração. A metrópole onde verificou-se a maior incidência de pobreza foi **Recife**, sendo que **Curitiba** manteve a posição mais favorável. A evolução particularmente ruim no **Rio de Janeiro** afetou os resultados gerais, dada sua importância demográfica.

Por outro lado, **a pobreza metropolitana fica melhor qualificada quando se leva em conta as carências de saneamento, habitação, assistência médica e educação, as quais não dependem essencialmente de acréscimos marginais da renda, e sim dos investimentos do setor público.** curto prazo, estas carências são consideradas relativamente "inelásticas" em relação ao nível de renda dos pobres, dados o tamanho dos déficits existentes e as dificuldades operacionais para eliminá-los. Os indicadores de saneamento apresentados ilustram bem esse ponto. Ao final da década de 80 verificam-se carências absolutas graves em todas as regiões metropolitanas, inclusive nas mais desenvolvidas. No Nordeste os déficits apresentados são explosivos, pois afetam elevados percentuais tanto da população pobre como da não-pobre. Estas elevadas carências de infra-estrutura urbana, concomitantemente aos altos percentuais de indivíduos pobres, demandam um aporte significativo de recursos organizacionais e financeiros para que haja uma melhoria das condições de vida nas metrópoles nordestinas.

Rocha (op.cit.) destaca que se o quadro de pobreza não foi mais adverso ao final da década, isto se deveu ao declínio significativo das taxas de natalidade, à redução da migração em direção à metrópoles e à evolução adversa em si mesma, mas compensatória em termos de rendimento, ocorrida no mercado de trabalho. Isto fica demonstrado através dos **Indicadores de trabalho**.

Com exceção do trabalho precoce (proporção de jovens entre 10 e 14 anos de idade que trabalham), os demais indicadores apresentaram evolução adversa em termos das condições econômicas subjacentes. A **crescente informalidade** (percentual de empregados sem carteira de trabalho e de trabalhadores por conta própria não cobertos pela seguridade social) esteve associada ao declínio do emprego no setor secundário e à "terceirização" em atividades de baixa produtividade e baixa remuneração (especialmente no comércio e em serviços não-especializados). O **aumento do subemprego** (proporção de indivíduos trabalhando menos de 40 horas por semana), as maiores taxas de atividade (percentagem da população econômicamente ativa no total da população com 10 ou mais anos de idade) e a maior participação de mulheres na força de trabalho, foram manifestações de um mesmo fenômeno: a diminuição da renda da imensa maioria de trabalhadores induziu a entrada de trabalhadores "secundários" no mercado de trabalho como estratégia de minimizar ou evitar a queda da renda familiar. Neste contexto, a interpretação dada à diminuição do desemprego não é positiva, dado que, mesmo para os "não-pobres", a diminuição do nível de rendimentos faz com que aqueles

que perderam seus empregos rapidamente se envolvessem com uma outra atividade no mercado de trabalho, mesmo que inadequada em termos de habilitação, de remuneração e de proteção por parte da previdência social.

Os indicadores da Tabela abaixo mostram que essas tendências afetaram tanto os pobres como os não-pobres, embora se colocassem de forma mais crítica para os primeiros. As estratégias acima apontadas, na medida em que preservaram a renda familiar, evitaram um crescimento da pobreza em termos de insuficiência de renda. No entanto, elas tiveram um efeito extremamente adverso do ponto de vista de uma série de componentes das condições de vida, como a diminuição do lazer e dos cuidados dispensados à família. Estes efeitos representam aspectos não-mensuráveis (ao menos através dos indicadores apresentados) da deterioração das condições de vida dos pobres.

INDICADORES REFERENTES AO MERCADO DE TRABALHO PARA OS POBRES E NÃO-POBRES NAS REGIÕES METROPOLITANAS BRASILEIRAS - 1981 E 1990

(EM %)

Indicador	Categoria	1981	1990
Trabalho precoce	Total	7	7
	Pobre	8	8
	Não-pobre	7	7
Trabalho informal	Total	25	28
	Pobre	36	36
	Não-pobre	23	26
Trabalho informal por conta própria	Total	59	66
	Pobre	75	84
	Não-pobre	53	61
Subemprego	Total	16	19
	Pobre	18	19
	Não-pobre	16	19
Desemprego	Total	7	5
	Pobre	16	13
	Não-pobre	4	3
Taxa de participação	Total	53	55
	Pobre	42	45
	Não-pobre	57	59
Taxa de participação feminina	Total	35	38
	Pobre	33	35
	Não-pobre	36	39
Subemprego feminino	Total	29	30
	Pobre	34	29
	Não-pobre	28	30

Fonte: PNAD, in ibid. p. 558.

NOTAS

(1) CEPAL, 1986a.
(2) ibid.p.3.
(3) CEPAL, op.cit.
(4) ibid.p.4.
(5) ibid.p.5.
(6) id.ibid.
(7) IBGE, 1993.
(8) ibid.p.16-17
(9) ibid.p.19
(10) ibid.p.15
(11) ibid.p.18.
(12) Este é sem dúvida um dos indicadores mais importantes a serem considerados na discussão sobre as aposentadorias da Previdência Social, como veremos adiante em capítulo específico.
(13) ibid.p.20.
(14) ibid.p.21.
(15) Este estudo do IBGE não apresenta dados, mas existem evidencias (a partir de dados regionais e estaduais) de que esse crescimento do emprego público se deu de forma diferenciada em termos regionais, como uma nítida ênfase no Nordeste. Isto sem dúvida, como veremos adiante nesta tese, contribuiu para atenuar o impacto da estagnação e da recessão econômicas.
(16) Embora existam, em alguns casos, notáveis evidências do seu alto grau de organização, indicando, portanto, o alto grau de heterogeneidade dessas atividades.
(17) ibid.p.23.
(18) ver estudo da OIT, in ibid.p.25.
(19) ibid.p.26.
(20) id.ibid.
(21) Este último aspecto, de extrema relevância para esta tese, será analisado em detalhe no capítulo referente à Previdência Social brasileira.
(22) Idem nota 33.
(23) ibid.p.29.
(24) Cabe lembrar que os rendimentos dos funcionários públicos sofrem uma violenta inflexão para baixo no período pós-90.
(25) ibid.p.32.
(26) ibid.p.36.
(27) ibid.p.39.
(28) ibid.p.36.
(29) ibid.p.37.
(30) ibid.p.36.
(31) ibid.p.40.
(32) id.ibid.
(33) ibid.p.42.
(34) id.ibid.
(35) Tavares e Monteiro, 1994, p.43.
(36) ibid.p.44-45.
(37) ibid.p.53.
(38) Todos os fatores assinalados com um * são consequencia direta de políticas públicas e sociais, o que vem, mais uma vez, reforçar a nossa tese do seu papel sobre as condições de vida.
(39) Idem.
(40) Aqui foram utilizadas as PNADs de 1981 e de 1990, que excluem a população rural da região Norte, o que certamente acarreta uma subestimação da taxa de analfabetismo para a área rural.
(41) ibid.p.56-57
(42) ibid.p.65.
(43) ibid.p.66.
(44) ibid.p.69.
(45) id.ibid.
(46) IPEA, 1993.

(47) O IDH intenta mensurar o nível de desenvolvimento através de 3 elementos: a) a longevidade, medida pela esperança de vida ao nascer; b) o conhecimento, pelo percentual da população de 15 anos e mais alfabetizada; e c) um padrão de vida aferido pelo PIB per cápita, corrigido para dólar internacional. Para cada um destes elementos é calculada uma medida de carência, cuja média resulta em uma medida sintética de carência. Esta medida subtraída de 1 dá origem ao IDH, que vai de 0,000 (mínimo) a 1,000 (máximo).
(48) Foram consideradas como "situações-padrão": a) o Brasil como um todo (desagregado em urbano e rural); b) as macrorregiões, também divididas em urbano e rural; c) os estados e o Distrito Federal (total, urbano e rural); e d) as regiões metropolitanas.
(49)
(50) IPEA, op.cit.p.24
(51) ibid.p.25.
(52) ibid.p.32.
(53) ver Pereira, 1993, p.98.
(54) FDE,1990, in ibid.p.99.
(55) ibid.p.101.
(56) ibid.p.101,104
(57) ibid.p.104.
(58) id.ibid.
(59) id.ibid.
(60) Albuquerque e Villela, 1993a, p.281.
(61) ibid.p.295.
(62) id.ibid.
(63) ibid.p.298.
(64) Estes e outros indicadores de saúde serão melhor trabalhados no item 6.1 deste capítulo, referente ao setor Saúde.
(65) Apesar desse desempenho, as taxas de analfabetismo continuam altas, como vimos anteriormente.
(66) ibid.p.303.
(67) id.ibid.
(68) ibid.p.308.
(69) Albuquerque e Villela, 1993, p.37.
(70) ibid.p.40.
(71) ibid.p.48.
(72) Tolosa, 1993, p.190.
(73) ibid.p.199.
(74) Jatobá, 1985; in ibid.p.201.
(75) A CEPAL também utiliza método semelhante. Ver seção anterior sobre a pobreza na América Latina.
(76) ibid.p.203.
(77) id.ibid.
(78) Tolosa, 1993a, p.34.
(79) Albuquerque, 1993, p.3.
(80) A PNAD de 1990 estimou a população brasileira em 147,3 milhões. Após expurgo feito por estudo do IPEA, ela se reduziu para 145,4 milhões, número utilizado neste estudo. Os resultados preliminares do Censo Demográfico de 1991 aponta, para 1990, 144,1 milhões de habitantes, com o que, 27% de pobres corresponderia a 38,9 milhões.
(81) As proporções, entre parênteses, de pobres na população total (incidência da pobreza absoluta), para os anos 1970 e 1980, foram extraídas de Tolosa (1993), o qual se baseou nos Censos Demográficos desses anos. Nesse mesmo trabalho, o número de pobres estimado para 1988 foi de 44,8 milhões, equivalendo a 32,5% do total da população, sendo esta estimada pela PNAD 1988.
(82) Albuquerque, op.cit., p.6.
(83) Albuquerque, op.cit., p.6.
(84) Ver estudo de Rocha e Tolosa, 1993.
(85) Albuquerque, op.cit., p.7.
(86) O autor deste estudo, Albuquerque op.cit., vem trabalhando desde 1985 com indicadores sintéticos de desenvolvimento. Ver em estudos anteriores, Albuquerque e Vilella op.cit., as demais propostas de indicadores sintéticos.
(87) Albuquerque, op.cit., p.7.
(88) A PNAD somente pesquisa, na região Norte, a população urbana, o que pode explicar em parte o elevado IPC dessa região.
(89) Albuquerque, op.cit., p.8.
(90) ibid.p.10.
(91) id.ibid.
(92) ibid.p.19.
(93) ibid.p.21.
(94) ibid.p.28.
(95) ibid.p.31.

(95) ver ibid.p.32 a 36.
(96) ver FIBGE/PNAD, Metodologia.
(97) Rodrigues, 1993, p.55.
(98) id.ibid.
(99) ver mais adiante o estudo do IPEA.
(100) Rodrigues, op.cit., p.55.
(101) A análise sobre as políticas de intervenção para o enfrentamento do problema alimentar do país será feita mais adiante, no capítulo sobre Políticas Sociais.
(102) Ver estudo da CEPAL sobre pobreza analisado anteriormente no ítem sobre Desigualdade Social na América Latina.
(103) Segundo a FAO, a cesta básica *per capita*/dia corresponde a 2.242 kcal e 53 grs. de proteína (IPEA,1993b,p.5).
(104) IPEA, 1993a, p.5.
(105) IPEA,1993,p.5.
(106) id.ibid.
(107) id.ibid.
(108) IPEA,1993b,p.5.
(109) Ver estudos da CEPAL(1990a,1992d) apresentados anteriormente sobre a pobreza na América Latina.
(110) Essas linhas foram obtidas a partir de adaptações dos dados calculados por Sonia Rocha (1991), usando também os quadros organizados a partir do ENDEF 1974/75 - por Vera Lucia Fava (1984).
(111) Este levantamento de dados foi patrocinado pelo INAN-Instituto Nacional de Nutrição e executado com a colaboração técnica do IPEA e do IBGE. Na sua parte básica, as informações que o PNSN fornece são básicamente comparáveis às das PNADS/IBGE.
(112) ver Brandão Lopes,1993,p.63-72.
(113) Na realidade, trata-se de mais uma tentativa de construção de um indicador sintético como os analisados anteriormente, composto de diversas variáveis indicativas do nível de vida.
(114) Na análise feita por Brandão Lopes (1993) é ignorada a distinção entre indigência e pobreza não indigente em termos de dimensionamento, pois o tamanho da amostra da PNSN com a qual trabalhou torna tal refinamento pouco confiável. Outra observação relativa ao dimensionamento dos componentes de pobreza é que o mesmo depende da especificação mesma das variáveis que entram no indicador de necessidades básicas. Dentre as estudadas pela PNSN, o autor se restringiu àquelas variáveis que considerava indisputáveis na situação brasileira ao estar se referindo a necessidades básicas (restringindo-se portanto ao "mínimo dos mínimos"). Qualquer concepção mais abrangente de necessidades básicas resultaria em dimensões do componente "pobreza estrutural" maiores, bem como da "pobreza por NBI" (ibid.p.38).
(115) Os valores encontrados para as linhas de indigência (I) e pobreza (P) foram os seguintes (em dólares mensais): Nordeste rural-I com $12,88 e P com $18,95; Sudeste rural-I com $13,11 e P com $20,73; Sul rural-I com $14,72 e P com $23,74. Foi deixada de lado a zona rural do Centro-Oeste para a qual não havia elementos no ENDEF para realizar a extrapolação necessária.
(116) Brandão Lopes, op.cit., p.74.
(117) Para os domicílios pobres urbanos, os valores dessas características situam-se entre 11% (esgoto) e 58% (rua de terra), indicando uma maior heterogeneidade de situações da pobreza urbana.
(118) Os percentuais correspondentes para os pobres urbanos são, respectivamente, 33% (57% com os que têm no máximo 3 séries concluídas), 56% e 35%.
(119) Os percentuais correspondentes para o meio urbano são, respectivamente, 23% e 24%.
(120) ver indicadores sintéticos no ítem 2.2 acima.
(121) Albuquerque e Villela, 1993, p.40.
(122) Para as regiões metropolitanas, o estudo de Pereira (1993) não calculou o INV pela falta de dados referentes aos seus componentes. A análise, portanto, restringiu-se ao IDR, acrescida de dados sobre a evolução da distribuição de renda, medida pelo GINI.
(123) Pereira, 1993, p.111.
(124) Tolosa, 1993, p.205.
(125) ibid.p.207.
(126) Atualmente com forte tendência a se tornarem estruturais.
(127) Em estudo de Rocha e Tolosa (1993), analisado a seguir, são construídas linhas de pobreza específicas para cada uma das regiões metropolitanas, levando em conta as estruturas de consumo e de preços de cada uma delas. Como essas linhas de pobreza se situam em patamares mais altos, suas incidências de pobreza metropolitana são maiores.
(128) Separados por uma linha de pobreza que também aqui corresponde a 1/4 do maior salário mínimo vigente no país em 1980; cujo valor é corrigido para os demais anos da série pelo deflator implícito do PIB e para o ponto médio de cada ano pelo IGP-DI.
(129) Rocha e Tolosa, 1993, p.125.
(130) ibid.p.127.
(131) Ver a esse respeito ROCHA E TOLOSA (1993a), sobre diferenciais de renda e pobreza nos núcleos e periferias metropolitanas.
(132) Rocha e Tolosa,1993a,p.139.
(133) id.ibid.

(134) Ver Rocha, 1992b.

(135) Além dessa agregação, no entanto, não se pode esquecer as importantes diferenças de crescimento populacional entre as regiões metropolitanas, que responderam às características próprias de cada metrópole.

(136) Esses custos foram estimados com base no valor de uma cesta básica alimentar, do qual foi derivado o custo dos itens não-alimentares (ver Rocha, 1992b, p.544).

(137) Este índice é igual ao de Sen e ao de Foster não ponderados pela desigualdade entre os pobres. Ver Haguenaars,1986, in ibid.p.549.

(138) Isto pode ser explicado não apenas pela seca, mas pelo aumento no emprego público urbano; pela maturação de projetos industriais (II PND, por ex.) ao longo dos 80; pelo efeito-crise muito maior em São Paulo e Rio de Janeiro; e pelo crescimento da agro-indústria no Nordeste, Centro-Oeste, Minas Gerais e R.Sul.

(139) Rocha, 1992b, p.553.

CAPÍTULO II: BRASIL

3 - A trajetória recente da política social brasileira

3.1 - Algumas características histórico-estruturais da Política Social no Brasil

A conformação da política social brasileira possui as mesmas determinações gerais que destacamos para a política social latinoamericana, apresentando a mesma "morfologia" desenhada pela CEPAL para as políticas sociais na América Latina ([1]). Portanto, não reproduziremos aqui os enunciados mais gerais dessa caracterização, nem tampouco a discussão sobre a existência ou não de um "Estado de Bem-Estar Social" nos países latinoamericanos, bem como a conveniência ou não da utilização de determinadas tipologias adotadas para os países centrais.

Se reconhecermos a existência de algum tipo de "Estado de Bem-Estar Social" no Brasil, país de capitalismo tardio ([2]), este foi conformado, de maneira mais completa, "sob a égide de um regime autoritário, nos quadros de um modelo econômico concentrador e socialmente excludente" ([3]).

É portanto no pós-64, ao longo do período de autoritarismo, que se consolida o arcabouço político-institucional das políticas sociais brasileiras. Suas características podem ser expressas nos seguintes princípios ([4]): 1. extrema centralização política e financeira no nível federal das ações sociais do governo; 2. fragmentação institucional; 3. exclusão da participação social e política da população nos processos decisórios; 4. autofinanciamento do investimento social; e 5. privatização.

Antes de analisarmos esse período pós-64, cabe lembrar que toda a literatura sobre a política social brasileira remete à década de 30 como sendo o marco inicial da ação social do Estado. Foram as aceleradas transformações econômicas, sociais e políticas alí desencadeadas que conformaram a base urbano-industrial do Brasil, determinando os processos de reorganização do Estado brasileiro, entre os quais a conformação de um "Estado de Bem-Estar Social".

A partir daí, o período que se segue até 1943 caracterizou-se por mudanças importantes, efetuadas sob o regime autoritário, como a criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) e a montagem da legislação trabalhista. Também houveram alterações nas Políticas de Saúde e Educação, caracterizadas pelos elevados graus de centralização de recursos e instrumentos institucionais/administrativos no Governo Federal.

Nos limites do regime democrático entre 1945 e 1964, processou-se movimento de inovação político-institucional-legal, nas áreas de saúde, educação, assistência social e habitação popular, concomitante à expansão do sistema de proteção social, com incorporação de novos grupos sociais.

Entre 1964 e meados da década de 70 ocorreu radical transformação do arcabouço institucional e financeiro da política social em geral. Os sistemas nacionais públicos ou estatais nas principais áreas de intervenção social são efetivamente organizados, superando a forma fragmentada anterior. Isto permitiu a implantação posterior (a partir de meados dos 70) de políticas de massa e de significativa cobertura, sem precedentes na América Latina. Novos mecanismos na formação de um patrimônio dos trabalhadores foram introduzidos com a criação do FGTS e do PIS/PASEP. O

sistema de proteção social passou a incluir os trabalhadores rurais (ainda que de forma limitada), e os planos de benefícios para os trabalhadores urbanos se diversificam.

Ao final dos anos 70, já se apresentavam indícios de esgotamento e crise desse padrão em seus aspectos organizacionais, sociais, mas sobretudo financeiros. Isto provocou uma série de tentativas de reestruturação ao longo dos anos 80, que serão detalhadas adiante.

Com base nessas características, AURELIANO e DRAIBE (1989) elaboraram a seguinte periodização ([5]):

. 1930/64 - Introdução e Expansão Fragmentada:
a) 1930/43: introdução
b) 1943/64: expansão fragmentada
. 1964/85 - Consolidação Institucional e Reestruturação Conservadora:
a) 1964/77: consolidação institucional
b) 1977/81: expansão massiva
c) 1981/85: reestruturação conservadora (tentativas)
. 1985/.... Reestruturação Progressista (tentativas)

Mais recentemente, em documento do NEPP ([6]), essa periodização do chamado "Welfare State" no Brasil, foi refeita, avançando no tempo, da seguinte forma:

- 1930-1964 - Introdução e Expansão Fragmentada
  1930-1943 - Introdução
  1943-1964 - Expansão fragmentada e seletiva
- 1964-1977 - Consolidação Institucional
  1964-1967 - Consolidação Institucional
  1967-1976 - Expansão massiva
- 1979-1988 - Crise e Ajustamentos do Sistema
  1979-1982 - Crise e ajustamento conservador
  1982-1988 - Ajustamento progressista
- 1988-1993 - Reestruturação do Sistema
  1988 - Definição dos novos princípios (Constituição)
  1988-1991 - Implementação das reformas (início)
  1992-1993 - Formação da nova agenda de reformas

Temos algumas discordâncias com respeito a esta última periodização, as quais procuraremos expressar com a continuidade da análise da evolução das políticas sociais brasileiras.

Retomando a sequência a partir dos anos 80, fica evidente que as tentativas de mudança das políticas sociais na primeira metade da década, todas dirigidas à "racionalização" das mesmas ([7]), estiveram determinadas pela crise econômica e pelas políticas de ajuste, as quais provocaram contenção nos recursos até então disponíveis. Essas mudanças, no entanto, **não provocaram uma ruptura ou uma inflexão no padrão anterior dominante**, configurando-se, a nosso ver, apenas **modificações de natureza conjuntural**. Queremos destacar este aspecto para utilizá-lo, mais adiante, na comparação com as mudanças ocorridas no pós-90, as quais, como trataremos de demonstrar, provocaram rupturas sem possibilidade de retorno.

A partir de 1985, e até 1988, as importantes modificações introduzidas nas políticas sociais brasileiras foram determinadas por todo um complexo quadro de transformações políticas, sociais e econômicas, entre as quais destacamos: o advento do governo da Nova República no bojo do movimento de redemocratização nacional; a possibilidade de ocupação de postos estratégicos nesse governo por pessoas e grupos políticos identificados até então como oposição a todos os governos anteriores pós-64; a organização de movimentos sociais, até então subordinados e sem possibilidade de expressão política, que pressionavam por mudanças efetivas; e a mudança na política econômica, comprometida com a retomada imediata do crescimento.

Tudo isso redundou, num primeiro momento, numa radical mudança de perspectiva expressa nas políticas, planos, projetos e programas do governo em geral e da área social em particular. O COPAG - Prioridades Sociais (de 1985), o I PND da Nova República, as Prioridades Sociais de 1986 e todos os documentos elaborados por Comissões (compostas por membros do governo, do Congresso e da sociedade civil) destinados às reformas dos sistemas tributário, financeiro e administrativo, e às reformas setoriais na área social (Educação, Previdência Social, Habitação, Assistência Social, Alimentação e Nutrição, e Saúde - Reforma Sanitária), são exemplos dessa mudança.

Detalhando um pouco mais o perfil dessas mudanças, Aureliano e Draibe (op.cit.) as identificam muito bem, tanto no plano diagnóstico como no estratégico, do ponto de vista da intervenção social do governo federal.

O diagnóstico governamental (elaborado pelas Comissões que assinalamos acima) continha, de um lado, informações sobre a situação social do país (já considerada "dramática" naquela época), com destaque para os indicadores sobre miséria e pobreza; e de outro, um quadro sobre o perfil brasileiro de proteção social. Este último, baseado em critérios de equidade e justiça social, analisava os padrões de financiamento e de organização das políticas sociais. Quanto ao financiamento, foram levantados os problemas da regressividade, do autofinanciamento, da distorção no destino efetivamente social de fundos e recursos arrecadados para tal fim, entre outros. O padrão organizacional identificado caracterizava-se pela centralização excessiva, pela fragmentação institucional, pela superposição dos órgãos e programas, entre outras características.

Tudo isso configurava uma "herança" pesada de um enorme e mal financiado aparelho institucional, cujos problemas vinham reiterando-se e ampliando-se ao longo do tempo, para dar conta de um igualmente enorme e complexo universo de problemas sociais não resolvidos. Além destas dificuldades específicas, estavam aquelas de ordem mais geral, econômicas (as barreiras à implementação de um plano heterodoxo de estabilização) e políticas (as excessivamente "amplas" alianças do governo Sarney, imprimindo-lhe, ao final, um caráter nitidamente conservador). Mais adiante veremos as implicações dessas dificuldades.

No plano estratégico, a intervenção social do governo da Nova República materializou-se, por um lado, através de Programas Emergenciais (Programas de Prioridades Sociais-PPS 85 e 86) voltados para o combate à fome, ao desemprego e à miséria. Ativou-se e consolidou-se os programas da área de alimentação e nutrição **já existentes**, e criou-se dois novos programas nessa área: o PLCC-Programa do Leite para Crianças Carentes e o PAP-Programa de Alimentação Popular ([8]). Além desses, foi criado o Programa de Medicamentos e Imunobiológicos. Acopladas a eles foram implementadas medidas nas áreas de abastecimento, saúde, educação, construção, assentamentos agrários, integração da pequena produção de alimentos (sobretudo de leite) e programas regionais de alimentação; todas elas (medidas) com rebatimento sobre o emprego. Todos esses programas, mas sobretudo o do Leite e o PAP, envolviam associações e outras entidades organizadas da população.

Por outro lado, a intervenção social deu-se também através das **grandes reformas setoriais na área social**, concebidas pelas Comissões acima mencionadas. Estas reformas pressupunham, como

atestam Aureliano e Draibe ([9]), uma temporalidade distinta da dos programas emergenciais, necessária e desejável não apenas pelo processo democrático que envolviam mas também pela complexidade na sua definição e implementação.

Cabe destacar, nessas estratégias de intervenção social, "o peso crescente que ganhou, no discurso oficial e nas propostas, a tese de que **o lado assistencial das políticas sociais** saia, definitivamente, da situação relegada em que sempre esteve, distanciando-se das concepções assistencialistas e tutelares que marcaram essa forma de atuação, e que, efetivamente, ganhem **estatuto de política referida aos direitos de cidadania**" ... "projetando, no longo prazo, **sua plena integração com os grandes sistemas de política social** ou sua gradativa eliminação, seja pela supressão dos bolsões de pobreza, seja pelo **reforço da proteção social exatamente para as camadas mais vulneráveis da população** (por exemplo, o reforço de benefícios familiares no âmbito da previdência social)" ([10]).

Por outro lado, toda essa estratégia de intervenção social também incorporava princípios há muito reclamados pela sociedade, tais como **descentralização** ([11]) na execução e controle dos programas sociais, com vistas a uma maior adequação dos meios associada à democratização, com participação popular nos processos formulação, implementação e controle das políticas sociais; integração dos serviços e equipamentos sociais a nível regional e local, como resultado de uma integração das políticas relacionadas com o social; eleição de tecnologias adequadas, mais baratas e acessíveis; democratização do acesso aos bens públicos (reduzindo a marginalização de parcelas não desprezíveis da população) e universalização das políticas de Seguridade Social; entre outros ([12]).

Em análise posterior ([13]), DRAIBE (1993a) afirma que, no plano jurídico-formal, as reformas brasileiras foram significativas no período da Nova República, embora **não** tenham revertido o "padrão anterior". SOUZA (1987), conhecido como o Betinho, vai mais longe: "na Nova República o social assume um lugar de destaque no discurso do Estado, vira programa de governo, mas sofre de uma paralisia peculiar: não consegue sair do discurso, a não ser com farsa"; afirmando a existência de uma incompatibilidade entre a República brasileira (a Nova ou a Velha, para o referido autor não há diferença entre elas) e qualquer encaminhamento da questão social ([14]).

Com outra perspectiva, FAGNANI(1987) identifica uma ruptura na concepção de política social a partir de 1985 (em relação à vigente entre 1964 e 1984), a qual se revelaria no compromisso com a constituição de um padrão mais equitativo de proteção e na elaboração de uma estratégia de intervenção mais consistente. Fagnani apresenta várias evidências nesse sentido. A primeira delas, ao examinar os planos de governo formulados entre 1985 e 1986 (não incluindo portanto o SUDS no setor saúde em 1987), é a de que aumenta "inequívocamente, a centralidade da questão social". A segunda se traduz no compromisso no resgate da "dívida social". A terceira delas diz respeito ao amplo diagnóstico elaborado pelo governo sobre a situação social do país, onde os problemas contemplados relacionavam-se de forma adequada às suas causas estruturais. A quarta evidência de mudança está na definição de metas e prioridades para cada segmento da área social (Emprego e Salário; Reforma Agrária; Alimentação Infantil; Habitação e Saneamento; Saúde; Educação; Trabalho; região Nordeste; Assistência Social, entre outras). E finalmente, a quinta evidência está na

estratégia de ação, elaborada pelo governo para a área social, baseada em dois pontos importantes: ações governamentais de caráter emergencial para atacar no curto prazo as carências gritantes da pobreza absoluta (a fome, sobretudo); e uma agenda de transformações estruturais onde estariam, de um lado, mudanças institucionais visando à construção de uma sociedade democrática e, de outro, adoção de um novo padrão de desenvolvimento, no qual as relações entre as políticas econômica e social fossem solidárias com o objetivo da equidade. "O I PND-NR redefine o modelo de desenvolvimento nacional que agora se baseia na firme deliberação política de condicionar as opções macroeconômicas às prioridades sociais inadiáveis ..." ([15]).

Fica evidenciada **uma inversão na equação, até então vigente, de que o desenvolvimento social decorre naturalmente do crescimento econômico**, retirando a política social de sua posição tradicionalmente subordinada à política econômica. Esta é, sem dúvida, uma inflexão importante a ser destacada, não apenas em relação ao "padrão anterior" mas também em relação ao "padrão futuro" no período pós-89 (que analisamos adiante). Neste, a equação volta a inverter-se introduzindo um elemento "novo": primeiro é necessário o **ajuste econômico/estabilização**, para depois obter-se o crescimento econômico, e, por último, viria o desenvolvimento social.

Na análise, portanto, da política social desse período da Nova República, dois aspectos nos parecem relevantes e ausentes na bibliografia consultada. O primeiro deles diz respeito ao fato de que os princípios e reformas acima assinalados **antecederam a nova Constituição de 1988**, a qual, dessa forma, foi uma **resultante** de um movimento reformista já existente no governo e na sociedade. Boa parte dos princípios enunciados na Constituição referentes à área social já estavam inscritos na legislação e/ou atos governamentais e já vinham sendo implementados em diversos setores, como a Saúde, a Previdência Social e a Educação ([16]).

O segundo aspecto relaciona-se com a discussão sobre a alteração ou não do "padrão de proteção social" vigente no Estado autoritário. Sem entrar no mérito da discussão, já feita anteriormente, da existência ou não de "padrões", duas perguntas nos parecem relevantes nessa discussão. Em comparação com o período autoritário, as reformas e mudanças preconizadas e/ou implementadas em diversos e importantes setores da Política Social no período 1985/87, além dos princípios inscritos em matéria social na Constituição de 1988, significaram uma ruptura ou uma inflexão importante ? A nossa resposta é absolutamente afirmativa. Por outro lado, essas mudanças implicaram em modificações estruturais, sobretudo de suas bases de financiamento, mas também de uma base político-social-ideológica, que propiciassem a sua permanência ou consolidação ? Não. As mudanças necessárias na estrutura de financiamento do setor público não foram feitas, e, o que é pior, ainda no governo Sarney, a política econômica modificou-se, dando lugar a teses e medidas mais ortodoxas ([17]); na política social, as reformas foram abandonadas, dirigentes importantes em estratégicos setores sociais foram afastados, e teve lugar uma série de medidas de "desmonte" e de redução de gastos em diversas áreas sociais. Estava aberto o caminho para um enorme **retrocesso**, consubstanciado adiante no governo Collor, não apenas nas políticas sociais, mas nas políticas governamentais de modo geral.

3.2 - A política social brasileira no período pós-89

Retomando a periodização acima, elaboramos uma proposta alternativa àquela apresentada pelo NEPP (ver acima) para o período recente:

1988-199.:Ajustamento Conservador

1988/89: Início do desmonte das políticas sociais brasileiras.

1990/..: Continuidade do desmonte e início de uma política social de perfil neoliberal.

Dessa forma, o **governo Collor** significou uma importante e grave inflexão na evolução das políticas públicas brasileiras em geral e das políticas sociais em particular. Além de não implementar as mudanças inscritas na Constituição, desvirtuou-as totalmente, trazendo evidentes retrocessos inclusive no que diz respeito ao "padrão anterior", que ficou totalmente desestruturado, sem que tivesse sido substituido por um "novo padrão".

Numa análise da Política Social do Governo Collor, FIORI (1992) que aquela se desfez do seu caráter inicialmente ambíguo, verificado em seus discursos programáticos, na sua confusa implementação inicial, e assumiu um perfil estratégico cada vez mais nítido e coerente com seu projeto econômico de "modernização liberal". Esse redesenho estratégico distanciou totalmente a política social de Collor dos princípios que ordenaram o capítulo dos direitos sociais da Constituição de 1988, e aproximou-a, cada vez mais, de uma **visão liberal, seletiva e focal das obrigações sociais do Estado.**

A lógica do discurso programático passou a ser uma proposta estratégica organizada em função do objetivo primordial: **o do combate à inflação.** "Poucas vezes a política social esteve tão condicionada e submetida aos ditames da política econômica, tal como ocorreu no primeiro ano do governo Collor" ([18]). Dessa forma, o governo abandonou suas propostas eleitorais, contingenciando inicialmente os gastos sociais para em seguida reduzí-los pesadamente. O processo recessivo terminou por atingir também os demais níveis de governo, afetando negativamente a ação social de Estados e Municípios.

A reforma administrativa também esteve entre as prioridades do governo Collor no primeiro ano. Alegando racionalização e melhor coordenação das atividades econômicas, unificou-as nos Ministérios da Economia e Infra-Estrutura, concentrando poder sem precedentes. Por outro lado, fez o oposto na área social, aumentando a fragmentação e a descoordenação institucional e burocrática. A Previdência Social, a Saúde e a Assistência Social ficaram divididas em três ministérios (Trabalho, Saúde e Ação Social), em oposição ao conceito de **Seguridade Social** preconizado pela Constituição de 1988. Sintomaticamente, no entanto, os **recursos** para essas áreas (e para todas as demais áreas sociais) foram "unificados" no Tesouro Nacional, submergindo num caixa único, apagando sua visibilidade e retirando o controle da sua gestão das mãos da área social, concentrando-o na área econômica. Assim o recém-criado Orçamento da Seguridade Social (também previsto na Constituição) tornou-se uma peça de ficção ([19]).

Ainda em 1990, no contexto de um processo eleitoral para os governos municipais, o governo Collor manipula a área social no melhor estilo de "assistencialismo eleitoral" que ele mesmo

criticara. Recursos assistenciais foram distribuidos "criteriosamente", usando a máquina do Ministério da Ação Social (sobretudo a LBA, como ficou evidenciado posteriormente pelo "escândalos" nessa área) sem nenhum pudor. Por outro lado, através de portarias governamentais, provocou mudanças administrativas no setor **Saúde** ([20]) que revertiam totalmente a estrutura anterior do SUDS (Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde), trazendo graves consequências para o setor (presentes até hoje), contribuindo para desfigurar totalmente a proposta do SUS-Sistema Unificado de Saúde preconizada na Constituição.

A derrota eleitoral e o fracasso do Plano Collor I produziram, por uma lado, um efeito ainda mais restritivo sobre o gasto social, e por outro, a elaboração do Projeto de Reconstrução Nacional (anunciado em fevereiro de 1991). Neste ficava escancarada a "nova" estratégia social que obedecia totalmente o figurino neoliberal.

Rápidamente tornou-se incompatível o preconizado pela Constituição para a área social e aquilo que o governo Collor defendia. Assim, foi encaminhada ao Congresso, ainda em 1991, um "Emendão" com vistas à **Reforma Constitucional** ([21]), onde se explicitava a **adoção integral de uma estratégia social de tipo neoliberal**. Às propostas de abertura, privatização e internacionalização da economia, foram agregadas propostas "alternativas" para as políticas sociais no sentido da privatização, focalização e seletividade das mesmas. Na proposta de Reforma Constitucional ficava estabelecido: o ensino pago; o fim da aposentadoria por tempo de serviço e a exclusividade da aposentadoria por idade; um sistema de previdência complementar para as rendas superiores a cinco salários mínimos; o incentivo à previdência complementar privada através de maior "agilidade" para sua constituição e redução da "interferência" governamental em sua gestão; e o fim da estabilidade no emprego público ([22]).

Por outro lado, toda a legislação complementar à Constituição na área da Seguridade Social ([23]) - Leis Orgânicas da Saúde e Assistência Social; Lei de Custeio da Previdência Social; Lei complementar regulamentando o Seguro-Desemprego - aprovada pelo Congresso Nacional, sofreu restrições, modificações e vetos por parte do governo Collor, reforçando a incompatibilidade acima mencionada.

Nesse processo de regulamentação do texto constitucional "expressou-se claramente a estratégia do governo de adiar a implantação de direitos sociais, reduzir a participação de recursos fiscais nas despesas relativas à seguridade e manter o controle sobre os recursos da área social e sua destinação no âmbito federal" ([24]). Apenas dois meses após a aprovação das Leis que regulamentavam o plano de benefícios e o custeio da Seguridade Social, foram encaminhados oito projetos pelo INSS-Instituto Nacional de Seguro Social que alteravam radicalmente a Seguridade Social. Esses projetos serviram também de "balão de ensaio" para a proposta de reforma fiscal, que incluía como elemento importante a alteração do financiamento da área social. Essa proposta de reforma fiscal, encaminhada pelo Ministério da Economia, Fazenda e Planejamento ao Congresso em 1992 alterava radicalmente o financiamento não apenas da Seguridade mas também de outras áreas sociais. Foram propostas a eliminação das contribuições do PIS/PASEP e do Salário-Educação (e inicialmente também do

FGTS); a extinção progressiva da contribuição sobre o lucro e do FINSOCIAL; e a redução gradual (inicialmente, sua extinção pura e simples) da contribuição das empresas sobre folha ([25]).

No tocante às reformas administrativas do governo Collor na área social, que afetaram especificamente os setores de Saúde, Assistência Social e Previdência, elas estão detalhadamente analisadas nos itens referentes a esses setores ([26]). No entanto, caberia destacar alguns aspectos gerais que marcaram o período Collor quanto à gestão das políticas sociais.

O primeiro deles (e o mais importante do nosso ponto de vista por suas consequências), foi o já mencionado desmembramento das ações relativas à Seguridade Social em três Ministérios, provocando problemas gerenciais e administrativos que facilitaram o **controle total da área econômica sobre os recursos da área social, com perda da autonomia de gasto por parte dos setores sociais e deterioração, sem precedentes, de serviços sociais essenciais, como os de saúd**

Fora as alterações ministeriais, a "reforma administrativa" do governo Collor limitou-se ao corte de pessoal, feito de forma totalmente linear. Sendo um pouco mais precisos, essa reforma, implementada de modo autoritário, provocou uma desorganização na máquina governamental sem precedentes, resultando em paralisia de ações e desestruturação da capacidade decisória, além de permitir o reforço de práticas centralizadoras e clientelistas.

A famosa "descentralização" ([27]), presente no discurso governamental "collorido", resultou, na prática, numa "recentralização" caracterizada pelo reforço do poder de comando sobre os recursos sociais e sua alocação no âmbito federal, criando mecanismos de controle centralizados e ampliando a utilização de convênios para estabelecer um canal direto com as Prefeituras, sem a mediação dos governos estaduais. Todo este processo representou uma total inversão da lógica de descentralização presente na Constituição, que se propunha dar maior clareza às funções e relações dos vários níveis de governo na área social, com aumento de autonomia e poder dos Estados e Municípios sobre as políticas sociais ([28]).

Finalmente, no que resultou esse período do governo Collor? Num brutal desmantelamento do setor público como um todo - nenhum órgão público do governo federal escapou "ileso" ao "furacão Collor" - e das políticas sociais em particular. Os mais afetados? Sem dúvida aqueles que dependiam (e continuam dependendo) dos serviços públicos para um **mínimo de sobrevivência**. Aqui já não se trata sequer de "cidadania regulada" ([29]) - concepção que presidia até então, de modo geral, a estrutura institucional da política social brasileira - mas de **ausência de cidadania**, diante da total "desregulação" que presidiu (e ainda preside) a relação entre uma oferta constituída de serviços públicos ([30]) totalmente sucateados e uma demanda constituída por uma clientela, totalmente carente de meios para sobreviver, que necessita, mais do que nunca, desses serviços. Nem mesmo o "assistencialismo" e o "clientelismo", que diversos autores fazem questão de ressaltar como característicos do governo Collor, deram conta de compensar a brutal redução de serviços públicos essenciais. Ao contrário do que afirmam esses autores, os programas "compensatórios" de Alimentação e Nutrição, bem como os assistenciais de modo geral, viram suas verbas cortadas; sem falar daqueles programas que foram simplesmente eliminados ([31]).

Portanto, o que afirmamos aqui é que o governo Collor desmontou os programas sociais existentes - precários ou não - e **não colocou nada no lugar**. E esta é uma marcante diferença entre a "estratégia neoliberal" do período Collor e aquelas observadas, por exemplo, no Chile e no México ([32]). Nestes países, ressalvadas as diferenças, estratégias "alternativas" - apesar do seu caráter nítidamente neoliberal, sujeito a todas as críticas que já foram feitas - foram **implementadas**, seja via privatização (no Chile), seja via "Programas de Solidariedade" (no México).

Por outro lado, se não houve a implementação de uma alternativa neoliberal propriamente dita no terreno das políticas sociais durante o governo Collor, ela foi claramente esboçada e apontada como a "única alternativa possível" de reconstrução dessas políticas. O processo de desmonte dos programas sociais existentes (que já vinha, como dissemos, desde o final do governo Sarney) alcançou um nível tal, ao final do período Collor, que configurou um quadro de ruptura total com o passado, chegando a um ponto de não-retorno. A essas alturas estavam dadas as condições políticas e ideológicas para a construção de uma "via neoliberal". Ao contrário do que poderia supor-se, o final do governo Collor não propiciou, apesar de toda a movimentação social e política em torno do "impeachment" do presidente, uma reversão nessas condições. A máquina pública desmantelada e o caos social constituiam terreno fértil para que germinasse todo o tipo de proposta neoliberal, respeitadas, é claro, as nossas "peculiaridades".

Finalmente, a análise da evolução da política social brasileira se completa, nos limites do período proposto nesta tese, com o estudo do Financiamento e do Gasto Social no Brasil nos próximos dois itens.

NOTAS

(1) Ver a esse respeito toda a análise e discussão feita no item 3 do Capítulo I (Política Social --- na América Latina). Ver também Cristina Possas,1992, para a adoção do conceito de heterogeneidade estrutural e CEPAL,1989, para a morfologia da política social latinoamericana.
(2) Seguindo a análise de João Manuel Cardoso de Mello em sua obra seminal "O Capitalismo Tardio".
(3) Aureliano e Draibe (1989), p.89.
(4) Coerentes com o modêlo econômico conservador e socialmente excludente; ver Aureliano e Draibe, op.cit., p.145.
(5) Ver Aureliano e Draibe, op.cit., p.141.
(6) ver NEPP/UNICAMP,1994,p.4.
(7) Ver, por ex., Plano CONASP do Ministério da Previdência e Assistência Social, cujo objetivo central era a "racionalização das ações de saúde" no âmbito do INAMPS, e que redundou de fato em uma redução dos gastos neste setor.
(8) Ver o detalhamento desses Programas, inclusive recursos envolvidos, mais adiante no item 6.3 deste capítulo.
(9) ver Aureliano e Draibe, op.cit.,p.158.
(10) ibid.p.159; os grifos são nossos.
(11) Entendida aqui não apenas como municipalização mas com forte presença, naquele contexto político, dos governos estaduais. Ver, neste sentido, a reforma mais significativa do período, a do SUDS-Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde, onde o nível estadual desempenhava um papel destacado.
(12) ver Vianna e Silva,1989,p.168, e Aureliano e Draibe,1989,p.159.
(13) ver Aureliano e Draibe, op.cit.
(14) ver Vianna e Silva,op. cit., p.171. Não podemos deixar de comparar esta afirmação de Betinho com a sua participação no governo Itamar, no Conselho de Segurança Alimentar, e com o seu recente ingresso no Conselho da Comunidade Solidária do governo FHC; ambos os governos em plena vigência da "República". O primeiro Conselho é analisado no item 8.1 (O Programa de Combate à Fome e à Miséria) deste capítulo.
(15) I PND-NR (I Plano Nacional de Desenvolvimento da Nova República), SEPLAN, 1985, ver ibid.p.171-174.
(16) Ver a universalização do acesso aos serviços de saúde em 85, o processo de descentralização administrativo-financeira e de unificação da gestão com o SUDS-Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde em 87, e as mudanças na relação público-privado, sobretudo no setor filantrópico, entre outras mudanças na área de saúde; ver, na previdência social, o processo de isonomização dos benefícios urbanos e rurais e a democratização da gestão; ver a Lei Calmon com o consequente incremento do orçamento da Educação.
(17) "No último período do governo Sarney, ..., observou-se a volta a uma visão ortodoxa de ajuste, que se procurou implementar através da regularização dos pagamentos aos credores externos e de uma política econômica interna contencionista. Portanto, nestes dois anos foram totalmente ignorados os elementos que haviam sido discutidos em torno da questão do financiamento (interno e externo) do setor público e sua articulação com o ajuste fiscal". Monica Baer em "O rumo perdido: a crise fiscal e financeira do Estado brasileiro", R.J., Ed. Paz e Terra, 1993, p.169; os grifos são nossos.
(18) Fiori, 1992, p.8-9.
(19) O que contradiz aqueles que afirmam ter sido o referido Orçamento responsável por todos os "males" que acometeram a gestão dos recursos na área da Seguridade Social, propondo a sua extinção. Parece fantástico propor que se termine com algo que nunca existiu: na realidade nem a área de Seguridade Social nem o seu Orçamento existiram conforme o preconizado na Constituição.
(20) principalmente as que diziam respeito ao repasse de recursos; ver análise dessas portarias no item 6.1 sobre Saúde neste capítulo.
(21) No governo Collor, tal como agora no governo FHC, a revisão constitucional assume um papel de centralidade na agenda governamental.
(22) Fora o ensino pago, todas propostas incluídas na atual Revisão Constitucional encaminhada pelo governo FHC.
(23) Ver análise da mesma no item 7 "A Seguridade Social na Constituição, a legislação complementar e as propostas de reforma" deste capítulo.
(24) ver Henrique,1993,p.291.
(25) ver ibid.p.294.
(26) ver itens 6.1, 6.2 e 6.3 deste capítulo.
(27) palavra "mágica", muito comum, como vimos no capítulo I, nas práticas neoliberais presentes em diversas políticas sociais latinoamericanas.
(28) ver discussão sobre este ponto em Henrique, op.cit., p.296, e Médici,Marques e Silva (1993), p.129.
(29) Conceito criado por Wanderley G. dos Santos na sua clássica obra "Cidadania e Justiça"; ver Santos, 1987.
(30) aí incluídos os serviços privados contratados, já inteiramente degradados, como no caso do Setor Saúde.
(31) ver detalhamento e análise desses programas e a evolução dos seus gastos no item 6.3 - Assistência Social - deste capítulo.
(32) ver trajetórias desses países no primeiro capítulo desta tese.

CAPÍTULO II: BRASIL

4 - O Financiamento da Política Social no Brasil

Boa parte dos problemas apontados para o financiamento das políticas sociais na América Latina ([1]) estão também presentes no caso do Brasil. Veremos aqui sua trajetória particular ao longo dos anos 80 e no início dos 90, que se diferenciou dos demais países latinoamericanos, mesmo quando sofreu limitações estruturais ao financiamento do setor público semelhantes àquelas observadas na América Latina.

Durante os anos 80, enquanto diversos países da região optaram por cortes do gasto público, com evidentes impactos no gasto social, em função de políticas de ajuste via redução do déficit público, o Brasil, ao contrário, manteve, e em alguns momentos até mesmo elevou, suas despesas com políticas sociais. Somente ao final da década passada, e sobretudo a partir do início dos anos 90, o Brasil passou a adotar políticas de contenção do gasto público, com cortes lineares no gasto social.

A peculiaridade nessa evolução é a de que, quando o Brasil resolveu adotar essa postura restritiva, alguns países, como o Chile (modelo de construção do Consenso de Washington) já revertiam sua atitude anterior passando a aumentar seus gastos sociais, colocando a questão social e a pobreza como prioridades de governo. É bem verdade que estas "prioridades" vêm sendo colocadas, no plano discursivo, por boa parte dos países latinoamericanos (inclusive o Brasil) e por alguns órgãos internacionais, quando, na prática, a prioridade real é o ajuste econômico e o combate à inflação. Por outro lado, as soluções encontradas para combater essa questão social foram diferenciadas, indo desde a retomada do gasto em políticas sociais estabelecidas (Chile) até as políticas focalizadas de combate à pobreza do tipo "Planos de Solidariedade" (México).

4.1 - As fontes de financiamento das Políticas Sociais no Brasil

As fontes de recursos para as diferentes políticas sociais brasileiras, com suas respectivas esferas institucionais, são: os tributos, nos três níveis de governo; as contribuições sociais previdenciárias, no govêrno federal; e as contribuições sociais patrimoniais, no mesmo nível federal.

A visualização integrada dessas fontes, bem como dos programas e ações por elas financiados, tem sido dificultada por diversos fatores, como a própria amplitude dos espaços fiscal e parafiscal, mas sobretudo pela descontinuidade e falta de transparência na utilização dos recursos originários de fontes diversas.

No que diz respeito aos recursos **tributários**, houve um encurtamento do espaço de financiamento fiscal, sobretudo na área de tributação. Os determinantes estruturais dessa deterioração da receita tributária correm por conta da renúncia à arrecadação, contida nos incentivos, isenções e abatimentos, além dos parcelamentos generosos de dívidas, que diminuem o potencial de arrecadação; do não aproveitamento de bases impositivas (tributação sobre o patrimônio e serviços); e da não abrangência e integração da tributação sobre a renda. Já as variações conjunturais na carga tributária estão associadas à corrosão inflacionária da receita e à recessão, que afetam igualmente tributos e contribuições sociais. **Tudo isso afeta significativamente os orçamentos fiscais dos três**

níveis de governo, reduzindo os gastos a fundo perdido, característicos da área social reduzindo, portanto, o próprio gasto social (2).

Segundo estimativas da Secretaria da Receita Federal-SRF para o ano de **1993**, avaliou-se como **receita potencial da União, sem necessidade de Reforma Tributária,** os seguintes recursos: a renúncia de arrecadação do IR(Imposto de Renda), IPI(Imposto sobre Produtos Industrializados) e II(Imposto sobre Importações), que foi da ordem de 1,3% do PIB (ou 4,6 bilhões de dólares), bem como os valores devidos por conta de contencioso jurídico, de cerca de 10 bilhões de dólares que implicariam em potencial de recuperação da receita de cerca de 2,5% do PIB (3). Ou seja, **quase 15 bilhões de dólares deixaram de ser arrecadados no ano de 1993 pela União**, o que representa, por exemplo, **mais do dobro de todo o gasto para o setor Saúde no ano de 1992** (que foi de 6,5 bilhões de dólares).

Por outro lado, os recursos de natureza fiscal têm extrapolado a geração de receita destinada à cobertura daqueles gastos típicos do governo, a fundo perdido, como os gastos sociais. Os exemplos desses desvios são os recursos destinados à capitalização do setor produtivo estatal e à cobertura de encargos da dívida pública (4).

Outro problema relacionado à carga tributária brasileira, é o excessivo peso da tributação indireta, que, além de regressiva, é extremamente sensível aos ciclos econômicos.

Pelo lado da regressividade, além da abrangência limitada, no Brasil a tributação é heterogênea sobre as fontes de renda e riqueza, penalizando excessivamente os rendimentos do trabalho. Por seu peso e não seletividade, a tributação indireta, ao onerar o consumo, afeta sobretudo as classes de renda mais baixa.

Pelo lado da sensibilidade pró-cíclica, apesar de mudanças na tributação e elevação nominal da carga tributária ao longo dos anos 80, estas não foram suficientes para compensar os efeitos negativos da recessão. A aceleração inflacionária também produziu efeitos sobre a arrecadação, pela defasagem temporal entre a incidência e o recolhimento da receita.

Uma questão importante nesse processo, levantada por Dain (1989), e extremamente relevante para a nossa tese, é a de que "quando se leva em conta que o setor público foi agente ativo da recessão, pelo corte de seus gastos, chega-se a uma explicação de natureza endógena sobre a insuficiência do aporte de recursos tributários ao financiamento fiscal" (5).

A nível federal, buscou-se contornar essa restrição tributária principalmente através de dois mecanismos: a criação de fontes de recursos parafiscais, integrados aos orçamentos fiscais; e a descentralização das esferas de financiamento, através da criação de "empresas estatais", e de financiamento via tarifas e preços públicos (6).

Para ilustrar o primeiro mecanismo temos a criação do FINSOCIAL, que representou, nos anos 80, uma grande fonte de recursos para a área social (7), acrescentando ou substituindo fontes de financiamento do gasto social nos três níveis de governo.

Quanto ao segundo mecanismo, as "empresas estatais", embora descentralizadas, são de fato entidades típicas de governo, pela necessidade permanente de aporte de recursos fiscais ao seu

financiamento. As tarifas e os preços públicos não têm sido suficientes para o investimento e a operação corrente dos serviços de utilidade pública por elas prestados ([8]).

Com relação às **Contribuições Sociais**, previdenciárias e dos fundos patrimoniais, elas têm em comum a regressividade da estrutura impositiva e da alocação dos gastos. De forma agregada elas representavam mais de 80% da receita tributária federal no período 1980/86 ([9]).

No entanto, esse aumento das contribuições sociais possui implicações diferenciadas no que diz respeito aos aspectos institucionais e à natureza dos gastos por elas financiadas. No período 1980/86, em média, a grande maioria dessas contribuições, quase 60%, financiavam o sistema de Seguridade Social ([10]); quase 30% das mesmas foi fonte permanente e expressiva do financiamento do sistema financeiro oficial; enquanto que apenas 10% desses recursos, o equivalente a 0,89% do PIB, se integraram ao orçamento fiscal no orçamento federal, financiado com recursos tributários sistematicamente decrescentes desde 1970 ([11]).

Da receita fiscal originam-se também os recursos dos fundos patrimoniais, PIS/PASEP e FGTS. Os recursos do PIS/PASEP foram utilizados para operações de crédito subsidiadas do BNDES, dirigidas ao setor privado. Os do FGTS foram destinados ao BNH (e atualmente à CEF), que alocou parcelas crescentes de recursos ao financiamento de residências para as classes média e alta, com prejuízo daqueles compromissos associados a gastos subsidiados para populações de baixa renda. Por outro lado, destaque-se que o BNDES e a CEF, apoiados fortemente em recursos fiscais, são as únicas fontes internas de recursos para o financiamento de longo prazo na economia brasileira, atestando a fragilidade desse sistema ([12]).

Além da carga tributária bruta, qualificada acima, a capacidade de financimento fiscal também é explicada pela **carga tributária líquida**, descontadas as transferências ao setor privado, via gastos com assistência e previdência e com subsídios e encargos da dívida. Todas as transferências, **exceto encargos financeiros**, apresentam tendência à queda, com o que a diminuição da disponibilidade líquida de recursos fiscais do setor público explica-se pelo crescimento dos juros da dívida interna.

Ou seja, os orçamentos fiscais (nos três níveis de governo) têm acolhido as pressões decorrentes do desequilíbrio financeiro do setor público, reduzindo seus gastos próprios para gerar recursos fiscais para o saneamento das empresas estatais e para o pagamento dos encargos da dívida mobiliária. Dessa forma, o diferencial entre carga tributária bruta e líquida se reflete na **diminuição do gasto fiscal *stricto sensu***, este sim financiado exclusivamente com recursos orçamentários ([13]).

Finalmente, na análise mais geral do padrão de financiamento fiscal brasileiro, torna-se necessário abordar as **relações intragovernamentais**.

Resumidamente, é sabido que a partir da reforma tributária de 1965/66 ocorreu no Brasil um processo de centralização: Estados e Municípios viram diminuídas suas competências tributárias, sendo cerceados em sua liberdade de criar novas fontes de receita, definir alíquotas sobre seus tributos, e eleger suas prioridades de gasto, mesmo com recursos oriundos de receita própria ou de transferências constitucionais ([14]).

Posteriormente, a partir de 1975, as restrições ao uso de transferências constitucionais foram aliviadas, e os percentuais de partilha foram ampliados. No entanto, essa ampliação de recursos

disponíveis favorece os municípios, mantendo-se a queda na participação dos governos estaduais. Por outro lado, esse aumento de recursos destinados à esfera municipal tampouco se dá de forma homogênea: os critérios redistributivos do Fundo de Participação dos Municípios (FPM) penalizam as cidades de porte médio e grande, afetando sobretudo as capitais, cuja concentração de população amplia a demanda por serviços públicos. **"Assim, pode-se afirmar que, tanto os governos estaduais como os municipais que requerem mais recursos para a prestação de serviços públicos, foram penalizados pela restrição de seus recursos e perda da autonomia para o gasto, apresentando uma incapacidade crônica de financiamento fiscal"** ([15]).

Todos esses fatores fizeram com que as esferas locais de governo se embrenhassem por um processo de crescente dependência do endividamento, verificado tanto pelo crescimento da dívida mobiliária como, sobretudo, pelo crescente volume das operações de crédito internas e externas. A escassez de recursos disponíveis para os governos locais se atenua temporariamente na administração descentralizada, menos sujeita a controles. A expansão desse setor empresarial estatal e sua integração a sistemas nacionais também retiram do poder local capacidade de decisão sobre as prioridades de gasto e seu financiamento. Por outro lado, essa administração centralizada também foi obrigada a recorrer ao endividamento como modalidade de financiamento a serviços públicos cujo perfil seria mais adequado ao financiamento fiscal a fundo perdido.

Ainda segundo Dain (op.cit.), essa questão do financiamento a fundo perdido da produção de serviços de utilidade pública no Brasil, está relacionada com a distribuição extremamente concentrada da renda e aos baixos salários dos que utilizam majoritáriamente esses serviços. Além disso, está a concentração "perversa" dos investimentos e a necessidade dos mesmos com infra-estrutura urbana e social, **a qual requer gastos mais pesados justamente nas áreas onde residem as populações carentes**.

É impressionante como essa análise, feita ao final dos anos 80, sobre a limitação da receita tributária própria e dos recursos disponíveis para os estados e municípios, aliada à sua crescente drenagem para cobertura de encargos financeiros, evidencia a força do seu caráter estrutural, mostrando-se extremamente atual (salvo mudanças na forma). São esses, ainda, os fatores que estão na raíz das reivindicações dos governos locais por uma maior participação na receita tributária global. "O clamor de estados e municípios por uma reforma tributária associa-se claramente ao processo que levou a sua crise fiscal a transformar-se em crise financeira" ([16]).

Por outro lado, continua a mesma linha de análise, reforçando sua atualidade, **a mera redistribuição da receita tributária, com diminuição dos recursos disponíveis no Governo Federal, não soluciona a crise fiscal**. Esta, como se viu, é generalizada, implicando na ampliação de requerimentos de financiamento fiscal nos três níveis de governo, tanto nos órgãos centrais como nos descentralizados. "Além disso, se os recursos tributários adicionais, resultantes de uma possível descentralização financeira, forem destinados ao saneamento dos estados e municípios, e associados à rolagem da dívida, **continuarão sem fonte de financiamento, a curto e médio prazos, os encargos de governo que, certamente, acompanharão a descentralização de recursos no novo sistema tributário"** ([17]).

4.2 - As contribuições sociais ([18])

As contribuições de natureza social têm representado um importante papel no financiamento das políticas sociais no Brasil, sobretudo na área de Seguridade Social.

A **contribuição previdenciária** era a única que possuia significado econômico por ocasião da reforma tributária de 1965/66. Nesta época já existiam a contribuição para o salário-educação, a contribuição rural e todas as contribuições para SENAI, SESI, SENAC, SESC, SEBRAE E SENAR. As contribuições enquanto espécie de tributo foram ampliadas durante a década dos 70, crescendo de importância aquelas destinadas ao Fundo de Garantia por Tempo de Serviço-FGTS e ao PIS-PASEP (Programa de Integração Social-Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público). No início dos anos 80 foi criado o FINSOCIAL - Fundo de Investimento Social; e a partir da Constituição de 1988 foi criada a Contribuição sobre o Lucro Líquido das Empresas, como parte do financiamento da Seguridade Social.

Atualmente, o sistema tributário brasileiro possui um total de vinte contribuições sociais, podendo ser diferenciadas pelo seu caráter público ou privado.

Aquelas de **caráter público** se destinam, primordialmente, ao financiamento de programas sociais do Governo Federal nas áreas de saúde, previdência social, assistência social, alimentação, educação e habitação. São arrecadadas e transferidas ao Tesouro Nacional pelo Departamento da Receita Federal ou pelo Instituto Nacional de Seguridade Social-INSS, transitando pelo Orçamento Geral da União-OGU bem como pelo Orçamento da Seguridade Social-OSS (exceto a contribuição para o FGTS que não está incluída em nenhuma peça orçamentária). Excetuando-se a contribuição para o PIS-PASEP, cuja vinculação ao Fundo de Amparo ao Trabalhador - FAT, para o custeio do programa de seguro-desemprego e pagamento do abono anual, está estipulada na Constituição; as demais contribuições possuem maior mobilidade na sua alocação ([19]).

As contribuições de **caráter privado**, que representam uma parcela restrita do universo das contribuições, custeiam atividades promovidas por instituições patronais (de caráter jurídico privado) ligadas principalmente à indústria e ao comércio. Incidem sobre o total das remunerações pagas ou creditadas aos empregados, e são diretamente recolhidas e repassadas pelo INSS, não fazendo parte do Orçamento da União.

A proliferação das contribuições sociais bem como a majoração de suas alíquotas, tornaram crescente sua participação na receita tributária global. A arrecadação real do total das contribuições sociais cresceu 27,2% no período 1988/92. Este aumento se deveu ao incremento das contribuições de caráter público (28,2% no mesmo período), já que as contribuições de caráter privado reduziram sua participação em 7,2% (ver Tabela abaixo).

CONSOLIDAÇÃO DAS CONTRIBUIÇÕES SOCIAIS: EVOLUÇÃO DA ARRECADAÇÃO
BRASIL - 1988/92

Em US$ milhão (1)

CONTRIBUIÇÕES SOCIAIS	1988	1989	1990	1991	1992
CONTRIBUIÇÕES DE CARÁTER PÚBLICO					
US$	27.144	34.157	40.370	36.047	34.789
% var.anual	-19,18	25,84	18,19	-10,71	-3,49
FINSOCIAL					
US$	3.119	4.527	6.009	6.092	3.816
% var.anual	6,59	45,16	32,74	1,38	-37,36
Lucro das Empresas					
US$	ne(3)	869	2.121	1.091	2.768
% var.anual			144,00	- 48,59	153,76
PIS/PASEP					
US$	1.504	2.666	4.471	4.060	1.097
% var.anual	58,98	77,30	67,67	-9,26	0,99
FGTS					
US$	3.474	5.840	5.755	5.181	4.974
% var.anual	-27,49	68,08	-1,45	-9,98	-3,99
Sobre Folha (2)					
US$	17.810	19.132	20.172	17.498	17.215
% var.anual	-13,97	7,43	5,44	-13,26	-1,62
CONTRIBUIÇÕES DE CARÁTER PRIVADO (4)					
US$	776	752	767	671	720
% var.anual	-20,33	-3,00	1,99	-12,51	7,26
TOTAL					
US$	27.919	34.910	41.137	36.719	35.509
% var.anual	-19,21	25,04	17,84	-10,74	-3,29

FONTE: Balanço Geral da União(MF)-vários anos; Balancete Analítico Acumulado(MP/INSS)-vários anos; Departamento de Fundos e Seguros/CEF; e Almeida e Deud (1991). Elaboração: Área Fiscal FUNDAP/IESP (com algumas modificações feitas pela autora).
(1) Os valores convertidos a preços médios de 1992 pelo IGP-DI/FGV foram transformados em dólar médio de 1992, utilizando-se a taxa média anual de câmbio no valor de Cr$4,516.
(2) Contribuição de Empregados e Trabalhadores para a Seguridade.
(3) O símbolo ne significa que a contribuição ainda não estava em vigência no respectivo ano.
(4) Contribuições para o SENAI, SESI, SENAC, SESC, SEBRAE, SENAR.

A participação das **contribuições sociais públicas** na receita tributária bruta federal cresce 58% no período 1988/92. Em 1989, enquanto a receita tributária apresentava uma taxa negativa de crescimento anual, as contribuições cresciam em quase 26%. Apenas nos anos 1991 e 1992 as contribuições apresentam taxas de crescimento negativas, acompanhando o movimento da receita tributária federal (ver Tabela abaixo). Esse crescimento acentuado após a Constituição de 1988 responde, por um lado, a ampliação dos benefícios de proteção social que motivou a criação de

novos tributos, mas sobretudo reflete a elevação da receita não-partilhada por parte do Governo Federal, com o aumento das alíquotas do FINSOCIAL e da Contribuição sobre o Lucro.

EVOLUÇÃO DA RECEITA TRIBUTÁRIA DA UNIÃO E CONTRIBUIÇÕES SOCIAIS DE CARÁTER PÚBLICO

ANO	RECEITA TRIBUTÁRIA BRUTA DA UNIÃO		CONTRIB.SOCIAIS PÚBLICAS		(%)
	Valores em US$ milhões (1)	% cresc.real anual	Valores em US$ milhões	%cresc.real anual	(2)
1988	35.520	-	27.061	-	83,21
1989	28.917	-11,08	34,046	25,81	117,73
1990	31.945	10,47	40.241	18,20	125,97
1991	28.937	-9,41	35.984	-10,58	124,35
1992	26.462	-8,55	34.789	-3,32	131,47

FONTE: Almeida e Deud (1991). Elaboração Área Fiscal FUNDAP/IESP (com algumas modificações feitas pela autora)
(1) Os valores convertidos a preços médios de 1992 pelo IGP-DI/FGV foram transformados em dólar médio de 1992, utilizando-se a taxa média anual de câmbio no valor de Cr$4,516.
(2) Participação Relativa (Contrib./Receita)

No período 1988/92, todas as contribuições registraram um crescimento expressivo, exceto aquela dos empregadores e trabalhadores sobre folha de salários (para a Seguridade Social). Isto se explica, por um lado, pela elevação das alíquotas do primeiro grupo de contribuições, e por outro, por sua menor sensibilidade de sua base de incidência aos movimentos conjunturais da economia. A contribuição sobre o lucro das empresas e a do PIS-PASEP apresentaram as maiores taxas de crescimento real no período (em torno de 200% - ver Tabela abaixo). Por sua vez, o FINSOCIAL apresentou uma piora no seu desempenho em 1992.

CONTRIBUIÇÕES SOCIAIS: ÍNDICES DE CRESCIMENTO REAL (1)
BRASIL - 1988/92

CONTRIBUIÇÕES SOCIAIS	1988	1989	1990	1991	1992
CONTRIBUIÇÕES DE CARÁTER PÚBLICO	100	126	149	133	128
FINSOCIAL	100	145	193	195	122
Lucro Empresas	-	100	244	125	318
PIS/PASEP	100	177	297	270	272
FGTS	100	168	166	149	143
Sobre Folha (2)	100	107	113	98	97
CONTRIBUIÇÕES DE CARÁTER PRIVADO (3)	100	97	99	87	93
TOTAL	100	125	147	132	127

FONTE: Elaboração Área Fiscal FUNDAP/IESP (com algumas modificações feitas pela autora)
(1) Base: 1988=100
(2) Contribuições de Empregadores e Trabalhadores para a Seguridade
(3) Contribuições para o SENAI, SESI, SENAC, SESC.

Confrontado com o PIB, o patamar médio das contribuições de caráter público foi de 8,5% entre 1988 e 1992, representando a metade da proporção da carga tributária total da União, cujo patamar médio situou-se em torno de 16%.

A relação entre as contribuições públicas e a arrecadação total dos tributos federais pula de 40% para quase 52% entre 1988 e 1989; cresce até 1991, chegando a 57,5%, diminuindo de importância em 1992, quando cai para 49%.

Analisando separadamente o comportamento das **contribuições públicas** com respeito ao PIB, destaque-se que estas aumentam sua participação de 6% para quase 9%. Esse crescimento foi influenciado principalmente pela contribuição sobre o lucro das empresas, pelo PIS/PASEP e pelo FGTS. O FINSOCIAL, após dobrar a sua participação em 1991, volta a reduzí-la em 1992. A contribuição sobre folha de empregados e empregadores, ao contrário de muitas expectativas, mantem-se **estável** ao longo de todo período, representando em média a metade do total das contribuições públicas. As contribuições de caráter **privado**, igualmente apresentaram um comportamento estável, situando-se em torno de 0,2% do PIB no mesmo período.

CONTRIBUIÇÕES SOCIAIS COMO PROPORÇÃO DO PIB
BRASIL - 1988/92

Em percentagem

CONTRIBUIÇÕES SOCIAIS	1988	1989	1990	1991	1992
CONTRIBUIÇÕES DE CARÁTER PÚBLICO (A)	6,28	7,64	10,03	9,04	8,81
FINSOCIAL	0,72	1,01	1,49	1,53	0,97
Lucro Empresas	-	0,19	0,53	0,27	0,70
PIS/PASEP	0,35	0,60	1,11	1,02	1,04
FGTS	0,80	1,31	1,43	1,30	1,26
Sobre Folha (1)	4,12	4,28	5,01	4,39	4,36
CONTRIBUIÇÕES DE CARÁTER PRIVADO (2)	0,18	0,17	0,19	0,17	0,18
TOTAL	6,46	7,80	10,22	9,21	8,99
CARGA TRIBUTÁRIA TOTAL DA UNIÃO (B)	15,62	14,74	18,65	15,72	16,43
(A)/(B)	40,20	51,83	53,78	57,51	49,30

FONTE: Elaboração Área Fiscal FUNDAP/IESP (com algumas modificações feitas pela autora)
(1) Contribuições de Empregadores e Trabalhadores para a Seguridade
(2) Contribuições para o SENAI, SESI, SENAC, SESC.

Apesar de não ver reduzida a sua participação no PIB, as contribuições sobre folha de empregadores e empregados reduzem a sua participação, **embora mantenha-a nítidamente majoritária** (mais de 60%), no financiamento da Seguridade Social entre 1988 e 1992. Note-se, no

entanto, que a contribuição que apresenta o maior aumento (mais do dobro) na sua participação relativa é aquela para o PIS-PASEP, que financia exclusivamente o **Seguro-Desemprego**, cujo gasto ([20]) se eleva significativamente no pós-90. Fora o PIS-PASEP, portanto, a contribuição que mais aumenta a sua participação (triplicando-a) no financiamento da Seguridade Social foi aquela sobre o Lucro das Empresas.

Já o FINSOCIAL, após elevar a sua participação de 13,8% para 20,6% entre 1988 e 1991, cai abruptamente em 1992 para 13,4%. Esta redução pode ser explicada pela sonegação e, principalmente, pelo bloqueio desses recursos na Justiça por mandadados impetrados pelas empresas contra o Governo Federal ([21]).

COMPOSIÇÃO RELATIVA DAS CONTRIBUIÇÕES QUE FINANCIAM A SEGURIDADE SOCIAL
BRASIL - 1988/92

Em percentagem

CONTRIBUIÇÕES SOCIAIS (1)	1988	1989	1990	1991	1992
Para o FINSOCIAL	13,86	16,62	18,87	20,66	13,45
Sobre o Lucro das Empresas	-	3,19	6,42	3,70	9,75
Para o PIS/PASEP	6,68	9,79	13,52	13,76	14,44
Sobre Folha (2)	79,12	70,22	61,00	59,73	60,66
Outras	0,34	0,18	0,89	1,01	0,77
TOTAL	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

FONTE: Elaboração Área Fiscal FUNDAP/IESP (com algumas modificações feitas pela autora)
(1) Complementam a receita da Seguridade os recursos ordinários repassados pelo Tesouro Nacional. Essa rubrica não foi especificada porque não distingue os recursos da Seguridade dos recursos próprios do Tesouro.
(2) Contribuições de Empregadores e Trabalhadores para a Seguridade.

Avaliamos até agora, através da análise dos dados, a importância das contribuições sociais na receita total da União. Ao tomarmos como base o Gasto Social Federal, chama a atenção o significativo aumento do peso assumido pela arrecadação das contribuições sociais públicas, que passa de 59,9% em 1988 para **87,0%** em 1992 (ver Tabela abaixo). Ou seja, **o gasto do governo federal com programas sociais vem sendo, cada vez mais, financiado pelas receitas da contribuições públicas, reduzindo mais ainda a importância dos impostos gerais, supostamente destinados a gastos típicos do governo a fundo perdido**, como vimos acima.

Como não é possível associar com precisão as receitas das contribuições sociais com o gasto de uma área social específica (já que cada uma dessas fontes de receita é utilizada em mais de um setor de gasto), baseamo-nos em exercício de Cavalcanti ([22]) que considerou para cada contribuição o atendimento de uma área específica (ver Tabela abaixo).

Ao cruzar a receita do **FINSOCIAL** com o gasto em **Saúde**, verifica-se que essa participação mais do que dobra entre 1988 e 1991, apresentando uma queda em 1992. É bom lembrar que neste ano houve o bloqueio judicial dos recursos desse fundo para o governo federal, o que pode explicar

em parte essa redução. Note-se também que o gasto em saúde nesse ano atingiu o patamar mais baixo de todo o período ([23]).

Ao excluirmos o setor Saúde, a arrecadação do **FINSOCIAL** vis-à-vis o gasto na área de **Educação** e os programas de **Alimentação e Nutrição** ([24]) mostrou-se muito superior do observado para aquele setor no mesmo período, pulando de 40% para 127% entre 1988 e 1991.

A arrecadação obtida com a **contribuição sobre o Lucro das Empresas** frente ao gasto com **Saúde** apresentou um comportamento errático desde a sua implementação em 1989. A maior participação detectada em 1992 (em torno de 40%) pode dever-se a que neste ano o denominador gasto em Saúde foi bem menor, e houve uma redução das outras fontes de financiamento, como o FINSOCIAL e as contribuições para a Previdência sobre Folha.

Com relação a estas últimas, que correspondem à arrecadação das **contribuições de empregados e empregadores**, sua relação com o gasto em **Previdência e Assistência** se reduz de 87,6% em 1988 para 75,7% em 1992, mantendo-se em torno de 80% ao longo desse período. Isto se explica tanto pela já apontada redução da contribuição sobre folha no financiamento da Seguridade Social, como pelo aumento do gasto com benefícios previdenciários relativos às aposentadorias ([25]).

A arrecadação referente ao **PIS-PASEP** (excluída a parcela, de 40%, destinada aos programas do BNDES), até 1989 superou os gastos com programas na área de **Trabalho**. No entanto, a partir de 1990 (e sobretudo neste mesmo ano), com a recessão, houve substancial aumento do gasto com **Seguro-Desemprego**, diminuindo a proporção arrecadação/gasto. Esta relação, no entanto, volta a equilibrar-se já em 1992, superando os 100%.

Finalmente, o que se arrecadou com o **FGTS** ficou inferior ao que se gastou com **Habitação e Saneamento** apenas em 1988. A partir do ano de 1989, mas sobretudo em 1990, a receita daquela contribuição supera em muito o gasto com essas áreas, devido à forte redução do mesmo nesse período.

DESEMPENHO DAS RECEITAS DAS CONTRIBUIÇÕES SOCIAIS NO CUSTEIO DOS GASTOS EM ÁREAS ESPECÍFICAS
BRASIL - 1988/92 — Em percentagem

ANO	FINSOCIAL /Saúde	FINSOCIAL /Outras Áreas(1)	Contrib. s.lucro/ Saúde	FGTS/ Habit. Saneam.	PIS/PASEP (2)/ Trabalho	Contrib. Previd. (3)/Ass. e Prev.	CONTRIB. SOCIAIS(4) /GASTO SOCIAL
1988	31,0	39,7	-	74,6	225,8	87,6	59,9
1989	39,9	62,1	7,7	271,2	110,9	79,5	71,4
1990	63,4	87,9	23,4	276,5	68,0	84,7	83,5
1991	77,0	127,3	13,9	171,0	89,9	81,8	85,2
1992	58,1	105,3	42,1	210,2	102,5	75,7	87,0

FONTE: Elaboração Área Fiscal FUNDAP/IESP (com algumas modificações feitas pela autora)
(1) Refere-se aos gastos nas áreas de educação e programas de alimentação e nutrição, exclusos gastos com saúde.
(2) A arrecadação do PIS/PASEP exclui a parcela de 40% destinada aos programas de desenvolvimento a cargo do BNDES.
(3) Corresponde à arecadação de empregadores e trabalhadores para a seguridade social acrescida da contribuição do servidor público, cota de previdência e contribuição sobre as receitas de concursos de prognósticos.

(4) Representa o total da arrecadação das contribuições públicas subtraídas as receitas da contribuição para o Salário-Educação para o Programa de Ensino Fundamental, para o Ensino Aeroviário e Marítimo e as contribuições rurais e sindicais.

4.3 - Contribuições Sociais e Reforma Tributária ([26])

Uma das principais tendências identificadas nas propostas em debate para a Reforma Tributária no Brasil refere-se às Contribuições Sociais. Todas as propostas analisadas por Dain et allii(1993) contemplam a extinção do COFINS (ex-FINSOCIAL), do PIS-PASEP, da Contribuição sobre o Lucro Líquido das Empresas, e do FGTS. Algumas propostas vão além, indicando também a desoneração do empregador de sua contribuição sobre a folha de salários ([27]).

Duas dessas propostas, a da Comissão Executiva da Reforma Fiscal e a do Deputado Luis Roberto Ponte ([28]), previam a substituição das contribuições sociais do orçamento da União pelo imposto sobre transações financeiras-IPMF ([29]).

Independentemente da vigência deste último imposto, Dain (op.cit.) analisa que um novo imposto sobre transações financeiras - ITF - traria uma série de problemas. O primeiro deles, relativo à alegada "simplicidade conceitual", seria que a adoção de base abrangente para o ITF o transformaria em um "COFINS estendido" com as seguintes limitações: não admitir as deduções de base de cálculo hoje permitidas no COFINS; tributar sobras ou déficits de caixa das empresas; e não discriminar entre prazos, taxas e demais condições das aplicações financeiras. "Com isso, um ITF sem qualificações, condição necessária de sua tão propalada simplicidade, seria inadequado nas exportações, injusto no caso dos empréstimos, incoerente nas operações canceladas e inaplicável em operações de curtíssimo prazo" ([30]).

O segundo problema diz respeito à substituição de receita. Mesmo sem considerar necessidades adicionais de recursos para o sistema de Seguridade Social, caso houvesse uma revogação parcial das contribuições sociais sobre folha e que a incidência passasse a ser sobre o lucro e o faturamento, o montante arrecadado seria de 111 bilhões de dólares/ano (incluindo o FGTS). A referida substituição, sobre as bases consideradas para o ITF, representaria alíquotas bem maiores do que aquelas utilizadas no "imposto provisório", o IPMF ([31]).

Existiria ainda um outro argumento que debilitaria a possibilidade da referida substituição de receita, baseado no *trade-off* entre ITF e contribuições sociais. O financiamento previdenciário exige uma base estável de recursos, dada a dificuldade de compressão dos seus gastos, sobretudo de aposentadorias e pensões. Essa estabilidade não ocorreria com o ITF, atrelado ao comportamento da inflação. Tanto é assim, que a versão posterior do próprio governo Itamar passou a postergar a eliminação das contribuições sociais mencionadas, introduzindo o ITF de forma complementar ([32]).

Por todas as razões acima apontadas, Dain (op.cit.) conclui que as propostas examinadas são de difícil sustentação técnica, sugerindo o aprofundamento de estudos sobre as Contribuições Sociais.

Nesse sentido, a autora elabora uma análise crítica das contribuições sociais hoje vigentes no sistema tributário brasileiro ([33]).

Com relação ao COFINS (ex-FINSOCIAL) e ao PIS-PASEP, existiriam grandes restrições à elevação da sua representatividade, já que, juntas, elas representam 23% dos recursos tributários totais. Por outro lado, considerando a semelhança de suas bases de incidência (faturamento e receita operacional bruta), haveria uma sobreposição de suas alíquotas, tanto a nível micro (empresas) quanto a nível macroeconômico. Outro problema apontado é o fato dessas contribuições incidirem sobre todas as fases do processo produtivo, produzindo um "efeito-cascata" com importantes impactos indiretos sobre o preço final do produto. A competitividade desses produtos também estaria afetada, inclusive por não haver isenção específica para os insumos utilizados na manufatura dos produtos exportáveis: a isenção das duas contribuições em questão está prevista somente para a fase de comercialização com o exterior. Os impactos setoriais dessas contribuições, no entanto, não seriam homogêneos: setores e/ou empresas com distintos graus de horizontalização e com diferentes resultados na relação lucro-faturamento (como as empresas intensivas em mão-de-obra, onde essa relação tende a ser menor), são tratadas da mesma maneira.

Agregue-se aos problemas acima apontados o fato de que tem havido, sobretudo a partir de 1990, uma baixa contribuição para o financiamento da Seguridade Social por parte do COFINS e do PIS-PASEP por conta da distância observada entre a arrecadação potencial e a efetiva. Isto resulta do elevado número de questionamentos judiciais alegando que o COFINS se configurava como um imposto, o que caracterizaria uma situação de cumulatividade frente ao PIS-PASEP. Dessa forma, em 1992 o nível de evasão do COFINS chegou a 62%, quase o dobro do nível observado, de 23%, para o PIS-PASEP.

Outro grupo de contribuições que vêm recebendo inúmeras críticas, muitas delas de caráter controverso, são as **contribuições sobre folha de salários**. Alega-se que seu peso - 60,9% do total de salários, incluídos os encargos trabalhistas - é excessivo. O argumento que vem sendo utilizado "a torto e a direito" (pela imprensa, pelo governo, pelos "especialistas" e técnicos, etc.) é o de que esse "peso excessivo" seria responsável pelo elevado custo de contratação de mão-de-obra no Brasil, o que colaboraria para a crescente informalização da economia e para a alta evasão fiscal, além de penalizar os setores mais intensivos em mão-de-obra e afetar a competitividade das empresas.

Uma das raras vozes discordantes nesse coro é a de Dain (op.cit.), contra-argumentando que **independentemente do maior ou menor peso das contribuições sociais sobre a folha**: 1º) os custos diretos do trabalho são muito baixos no Brasil; 2º) são outros os fatores que explicam a informalização da mão-de-obra, como a terceirização e a flexibilização (tão "em voga" atualmente no Brasil); 3º) no caso dos setores intensivos em mão-de-obra é a baixa qualificação requisitada dos trabalhadores que explica sua alta rotatividade e seu baixo grau de formalização. A estes três contra-argumentos agregaríamos um quarto que diz respeito ao impacto sobre a competitividade das empresas: conforme visto acima, segundo a própria Dain (op.cit.), são as **contribuições cumulativas sobre o faturamento** que afetam, via preços, a competitividade a curto prazo das exportações brasileiras.

NOTAS

(1) ver item 5 do Capítulo I.
(2) ver a esse respeito, Dain,1989.
(3) ver Dain,1993, p.55
(4) ver Dain,1989,p.47
(5) ibid. p.50
(6) ibid. p.44
(7) Os gastos oriundos dessa fonte para as áreas de Saúde e Alimentação e Nutrição demonstram bem essa importância (ver item 6 deste capítulo).
(8) ver Dain, op.cit., p.44-45
(9) Como contribuições sociais agregadas inclui-se: a arrecadação bruta registrada na rubrica "Receita de Contribuições Sociais", incluindo contribuições ao FINSOCIAL, salário-educação, PIN/PROTERRA, cota de previdência e sindicais, entre outras, no Orçamento Fiscal da União; contribuições de empregadores e empregados no Orçamento da Previdência; arrecadação bruta das contribuições para formação de fundos coletivos (rendas das loterias ao FAS) e individuais (contribuições de empregadores ao FGTS e PIS/PASEP). Ver ibid.p.53-54.
(10) Sistema este praticamente autofinanciável no período recente. Esses recursos se relacionavam a gastos com benefícios associados à cobertura dos riscos sociais básicos no conceito de Seguro Social; id.ibid.
(11) ibid.p.53
(12) ver ibid.p.56
(13) ver ibid.p.57
(14) ver ibid.p.58
(15) ibid.p.58
(16) ibid.p.62
(17) id.ibid., o grifo é nosso.
(18) As informações contidas neste sub-item foram retiradas do texto "Avaliação e Remodelagem das Contribuições Sociais", de Carlos Eduardo G.Cavalcanti, compondo o volume 7 "A Reforma Tributária no contexto da Revisão Constitucional", do Projeto "Balanço e Perspectivas do Federalismo Fiscal no Brasil", FUNDAP/IESP, São Paulo, maio de 1994.
(19) Esta mobilidade por sinal, apesar das críticas atuais sobre uma suposta "excessiva vinculação", tem sido um ponto crítico no financiamento das diferentes áreas da Seguridade Social, sobretudo a de Saúde, constantemente prejudicada no "rateio" dos recursos (ver mais adiante, no item 7, análise específica sobre as reformas propostas para as áreas da Seguridade Social).
(20) Ver item 5 sobre Gasto Social no Brasil a seguir neste capítulo.
(21) O bloqueio judicial dos depósitos feitos em juízo chegaram a somar em 1992 aproximadamente US$ 10 bilhões; ver Cavalcanti, 1994, p.24. Para uma análise detalhada desse processo, ver Almeida, 1993.
(22) ver Cavalcanti, op.cit., p.23.
(23) ver análise do gasto em saúde no item 6.1 referente às Políticas Setoriais de Seguridade Social.
(24) Segundo análise dos programas de Alimentação e Nutrição, feita mais adiante no item 6.3, o FINSOCIAL foi uma fonte de financiamento essencial.
(25) Ver análise do gasto com Previdência Social no item 6.2 deste mesmo capítulo.
(26) No momento da re-elaboração deste item da tese, ainda estão em debate diversas alternativas para a Reforma Tributária no Brasil. Dessa forma, daremos aqui apenas uma notícia sobre algumas das alternativas propostas que afetam diretamente as Contribuições Sociais, fonte majoritária, como vimos, no financiamento das Políticas Sociais, sobretudo da Seguridade Social.
(27) Esta última alternativa, como vimos no Capítulo I, foi implementada no Chile, por ocasião de sua Reforma Previdenciária, causando sérios transtornos, entre outros motivos, à receita do setor. Na Argentina também foi tentada momentâneamente, logo voltando atrás dado o rombo no financiamento da sua Previdência.
(28) Ver Dain, Tavares e Castilho(1993), p.57.
(29) Criado como tributo provisório para vigência até 1994, e hoje suspenso sob alegação de inconstitucionalidade; ver Dain et allii.,op.cit.,p.65.
(30) ibid.p.66
(31) id.ibid.
(32) id.ibid.
(33) Estaremos nos baseando aqui em análise de Dain e alli., op.cit., p.67-71.

CAPÍTULO II: BRASIL

5 - O gasto social no Brasil

A análise do **gasto social consolidado** ([1]), nos permite, num primeiro momento, apenas algumas observações genéricas acerca do seu comportamento na última década, já que inclui todos os níveis de governo e setores da área social. Dessa forma, uma primeira observação é que o total do gasto social no Brasil mudou de patamar a partir de 1986, passando para a casa dos 80 bilhões de dólares, com um crescimento acumulado de 37,8% em relação ao ano de 1984. Esse ano de 1986, ano do Plano Cruzado sob o governo da Nova República, se caracterizou por um aumento generalizado do gasto social em todos os níveis de governo.

Esse patamar se mantêve até o ano de 1988, apresentando nova elevação em 1989, chegando a US$ 90 bi em 1990. Isto se explica, básicamente, pelo crescimento sustentado do gasto federal até 1990 e pela elevação significativa do gasto estadual. Este movimento se inverteu a partir de 1991, período no qual os níveis federal e estadual reduziram seus gastos e apenas o gasto municipal cresceu.

Considerando o período como um todo, o crescimento observado no gasto social não foi linear. Os impactos das crises econômicas e das políticas de ajuste sobre as finanças públicas se fizeram sentir nos anos 1983 e 1984, bem como nos anos 1991 e 1992, períodos nos quais se registraram taxas negativas de crescimento do gasto social consolidado.

O gasto social consumiu parcelas crescentes do PIB entre 1986 e 1990; sendo que a partir deste último ano essa participação decresceu, permanecendo, no entanto, em níveis superiores aos do início do período. Contudo é bom lembrar que com as oscilações do PIB ao longo do período, taxas iguais de participação nem sempre representaram iguais volumes de recursos em termos absolutos.

GASTO SOCIAL CONSOLIDADO
BRASIL-1980/1992

ANOS	GASTO SOCIAL TOTAL (1)	No. ÍNDICE	Tx. CRESC .	COMO % DO PIB
1980	68 271	100,0	-	13,85
1981	68 325	100,1	0,08	14,84
1982	72 263	105,8	5,76	15,08
1983	61 498	90,1	(14,89)	14,23
1984	58 133	85,1	(5,47)	13,32
1985	66 984	98,1	15,22	13,30
1986	80 143	117,4	19,64	14,55
1987	79 084	115,8	(1,32)	14,80
1988	78 466	114,9	(0,78)	15,41
1989	86 802	127,1	10,62	16,51
1990	90 292	132,2	4,02	18,96
1991	78 465	114,9	(13,10)	16,73
1992	78 864	115,5	0,51	17,07

FONTE: IPEA/CSP e Área Social da FUNDAP/IESP.
(1) Em US$ milhões médios de 1990

Um indicador mais sensível do comportamento dos gastos sociais é o **gasto social *per capita***. No Brasil, os recursos dispendidos com programas sociais **não** acompanharam a dinâmica demográfica: apesar do crescimento populacional ter sido menos acelerado nos anos 80, o gasto social consolidado por habitante apresentava em 1992 um patamar inferior ao do início do período (menos 9,3% daquele registrado em 1982). Ou seja, considerando todos os gastos sociais dos três níveis de governo, em 1992 gastava-se no Brasil cerca de US$ 529 dólares por habitante/ano (equivalente a **US$ 44 dólares habitante/mes**).

Os anos de maior crescimento, em ordem decrescente, foram 1986, 1985 e 1989, chegando a 1990 com o maior volume de recursos *per capita* do período. Por outro lado, os anos com maiores taxas **negativas** de crescimento do gasto *per capita* foram 1983 e 1991, anos recessivos e de contenção do gasto público.

GASTO SOCIAL CONSOLIDADO PER CAPITA
BRASIL-1980/1992

ANOS	PER CAPITA Em US$1,00	No.ÍNDICE Em %	TAXA CRESCIMENTO Em %
1980	573,71	100,00	--
1981	562,81	98,10	(1,90)
1982	583,28	101,76	3,64
1983	486,69	84,83	(16,56)
1984	451,24	78,65	(7,28)
1985	510,23	89,30	13,07
1986	599,45	104,49	17,48
1987	581,13	101,29	(3,05)
1988	566,34	98,71	(2,54)
1989	616,68	107,49	8,88
1990	628,72	109,59	1,95
1991	536,87	93,57	(14,61)
1992	529,59	92,30	(1,36)

FONTE: IPEA/CSP e Área Social da FUNDAP/IESP.

O gasto social no Brasil é predominantemente **federal**: em 1992 a União ainda era responsável por 57% dos recursos para a área social, mas ao longo da última década sua participação no gasto social total se reduziu, apresentando uma queda no período 1980/92 de -13,4% ([2]).

Essa queda no gasto **federal** foi compensada por aumentos no nível **estadual** (com uma elevação do seu gasto de 12,3%), mas sobretudo no nível **municipal**, que aumenta sua participação no total do gasto em 55,7%.

Para fazer frente à essa elevação do gasto social, no entanto, os **Municípios** contaram com significativo acréscimo (de 155%) na sua receita disponível, embora a sua arrecadação própria se mantivesse no mesmo patamar ao longo do período. Ou seja, a princípio a receita municipal foi ampliada a partir das transferências negociadas de recursos, sobretudo do governo federal. Isto pode ser confirmado quando se verifica a queda da participação da União no total da receita disponível, apesar da pequena elevação em sua arrecadação.

Pelo lado dos **Estados**, no entanto, estes ampliam sua participação no gasto social apesar das reduções de 7% na sua arrecadação própria e de 16,2% na sua receita disponível.

O aumento do gasto social nos níveis estadual e municipal de governo, de certa forma acompanhou as mudanças ocorridas na participação dessas esferas nas receitas públicas. Enquanto a arrecadação tributária da União manteve-se em torno de 16,4% do PIB entre 1985 e 1992, a dos Estados elevou-se de 5,6% para 7,4% do PIB e a dos Municípios de 0,9% para 1,6% no mesmo período. Com as mudanças constitucionais, a partir de 1988 também aumentaram as parcelas do Imposto de Renda-IR e do Imposto sobre Produtos Industrializados-IPI repassadas através dos Fundos de Participação para Estados e Municípios ([3]).

DISTRIBUIÇÃO DA ARRECADAÇÃO PRÓPRIA, RECEITA DISPONÍVEL E GASTO SOCIAL POR ESFERA DE GOVERNO
BRASIL - 1980, 1985 E 1992 — Em percentual

CATEGORIAS	1980	1985	1992
ARRECADAÇÃO PRÓPRIA	100,0	100,0	100,0
União	64,0	70,4	66,1
Estados	31,3	27,0	29,1
Municípios	4,7	2,6	4,8
RECEITA DISPONÍVEL*	100,0	100,0	100,0
União	59,5	61,0	54,9
Estados	34,0	27,3	28,5
Municípios	6,5	11,6	16,6
GASTO SOCIAL	100,0	100,0	100,0
União	65,8	62,0	57,0
Estados	23,6	24,6	26,5
Municípios	10,6	13,4	16,5

FONTE: Médici, 1994, p.31.
* Receita líquida pós transferências federais para os demais níveis de governo.

Conforme vimos acima, houve uma crescente responsabilidade das esferas locais de govêrno, sobretudo municipais, pelo gasto social. No entanto, esse aumento de responsabilidade baseou-se mais nas transferências negociadas da União do que na utilização de receitas fiscais próprias.

As transferências de recursos da União vinculadas a programas sociais (ver Tabela abaixo) foram muito mais significativas para os Estados do que para os Municípios durante todo o período 1982/92. Com relação ao volume total de transferências negociadas, ele triplica entre 1982 e 1989, inicia uma redução a partir de 1990, e cai bruscamente em 1992, retomando práticamente o mesmo nível observado no início do período.

TRANSFERÊNCIAS NEGOCIADAS DA UNIÃO PARA ESTADOS E MUNICÍPIOS VINCULADAS À GASTOS COM PROGRAMAS SOCIAIS
1982-1992

ANOS	TRANSF.FEDERAIS À ESTADOS (1)	TRANSF.FEDERAIS À MUNICÍPIOS (1)	TRANSF.FEDERAIS TOTAIS (1)
1982	1 784,0	8,6	1 792,6
1983	1 352,6	25,5	1 378,1
1984	1 275,2	14,6	1 298,8
1985	1 886,9	38,5	1 925,4
1986	2 572,7	475,5	3 048,2
1987	4 472,3	769,5	5 241,8
1988	6 647,4	154,3	6 802,2
1989	5 603,3	648,9	6 252,2
1990	4 831,3	635,7	5 467,0
1991	3 731,4	1 320,5	5 051,9
1992	1 887,6	86,9	1 974,5

FONTE: Balanços Gerais da União, FPAS, FINSOCIAL, FAS, FGTS, e Outras Fontes. A sistematização dos dados foi feita por IPEA/CSP e Área Social do IESP/FUNDAP.
(1) Em US$ milhões de 1990.

Por outro lado, o governo federal, de modo geral, gastou mais com programas sociais como proporção de suas receitas fiscais do que os Estados e Municípios na década de 80 (ver Tabela abaixo). O comportamento dessa proporção ao longo do período, para os três níveis de governo, se deu de forma diferenciada e errática, não apresentando tendências pró-cíclicas muito definidas. Isto evidencia que o caráter conjuntural dessa variável é muito mais de natureza política (dependente de cada govêrno) do que de natureza econômica.

GASTOS SOCIAIS COMO PORCENTAGEM DAS RECEITAS FISCAIS NAS TRÊS ESFERAS DE GOVERNO - BRASIL - 1980/1990

ANOS	UNIÃO(1)	ESTADOS(2)	MUNICÍPIOS(2)
1980	60,7	55,2	53,6
1981	62,0	55,6	50,9
1982	59,6	52,6	51,9
1983	57,0	52,2	51,1
1984	61,2	50,4	62,0
1985	54,8	48,4	55,7
1986	50,7	51,0	54,6
1987	56,6	52,3	54,2
1988	66,4	48,9	56,1
1989	67,3	51,5	53,8
1990	62,6	52,2	53,6

(1) Foram consideradas como receitas fiscais da União a soma da receita do Tesouro com a receita Previdenciária e de outras Contribuições Sociais. (2) Foram consideradas como receitas dos Estados e Municípios as próprias mais as transferências constitucionais (FPE e FPM). Ver Médici, op.cit., p.34.

Analisando o gasto social a nível **federal** em separado, observa-se, em primeiro lugar, que ele chega a 1992 com o mesmo nível que apresentava em 1980 (em torno de 38 bilhões de dólares). Em termos de volume de recursos, fica evidente o caráter, aqui sim, pró-cíclico do comportamento do gasto social no período analisado. As maiores taxas **negativas** de crescimento se deram nos períodos 1983-84 e 1991-92, enquanto que entre 1985 e 1989 as taxas de crescimento foram **positivas**.

Apesar da análise setorial ser feita mais adiante, cabe aqui uma observação relevante com relação à evolução do gasto após 1989. A partir deste ano, o peso do gasto referente ao item Trabalho, correspondente às despesas com o Seguro-Desemprego, foi bastante significativo. Conforme a série de dados abaixo apresentada, são os anos de 1989 e 1990 os que registraram os maiores níveis de gasto no período: em torno de 46 bilhões de dólares. No entanto, se diminuirmos desse total o dispendido com seguro-desemprego nesses anos, o gasto cai para algo em torno de 44 bilhões em 1989 e para cerca de 42 bilhões em 1990. Da mesma forma, o ano que fecha a série, 1992, vê seu gasto reduzir-se de 38 bilhões para um pouco menos de 36 bilhões de dólares, ou seja, inferior ao patamar do início da década de 80.

GASTO SOCIAL FEDERAL - BRASIL - 1980/1992 (1)

ANOS	GASTO FEDERAL (US$ mil)	No.ÍNDICE (%)	TAXA CRESC. ANUAL (%)	% PIB
1980	38.295.140	100,00	-	9,11
1981	39.475.931	103,08	3,08	10,06
1982	41.532.529	108,45	5,21	10,16
1983	35.230.848	92,00	(15,17)	9,56
1984	30.447.060	79,51	(13,58)	8,18
1985	35.414.570	93,48	17,32	8,25
1986	39.096.334	102,09	10,40	8,33
1987	41.623.068	108,69	6,46	9,14
1988	43.275.446	113,01	3,97	9,97
1989	46.216.296	120,68	6,80	10,29
1990	46.461.103	121,32	0,53	11,44
1991	40.626.504	106,09	(12,56)	10,22
1992	38.356.056	100,16	(5,59)	9,38

FONTE: Balanços Gerais da União, FPAS, FINSOCIAL, FAS, FGTS e Outras Fontes.
(1) Os valores foram convertidos em dólares médios de 1992, utilizando-se o IGP-DI da FGV e a taxa média anual de câmbio no valor de CR$ 4.516,74.

Da mesma forma que no gasto social consolidado, o **gasto social federal** ***per capita*** nos dá uma idéia mais precisa das despesas efetuadas nesse nível de governo, um pouco distinta do quadro acima descrito. Se considerarmos o período 1982/92, o nível do gasto reduziu-se em 23%, ficando em torno de US$ 257 por habitante/ano (o equivalente a **US$ 21,4 habitante/mes**, ou seja, metade do valor obtido quando se considera os três níveis de governo).

Os períodos 1983/84 e 1990/92 foram marcados por taxas **negativas** de crescimento do gasto federal *per capita*, enquanto que o período 1985/89 caracterizou-se por um crescimento ininterrupto

desse mesmo gasto. Note-se que neste nível de governo, a inflexão negativa do gasto se deu em 1990, diferentemente do gasto consolidado que cresceu até 1990 e sofre uma queda abrupta apenas a partir de 1991 (como vimos acima).

GASTO SOCIAL FEDERAL PER CAPITA
BRASIL - 1980/1992 (1)

ANOS	PER CAPITA EM US$1,00	NO.ÍNDICE (%)	TAXA DE CRESC. ANUAL (%)
1980	321,80	100,0	-
1981	325,08	101,02	1,02
1982	335,23	104,17	3,12
1983	278,82	86,64	(16,83)
1984	236,34	73,44	(15,24)
1985	269,77	83,83	14,14
1986	292,44	90,87	8,40
1987	305,81	95,03	4,57
1988	312,30	97,05	2,12
1989	327,60	101,80	4,90
1990	323,52	100,53	(1,24)
1991	277,97	86,38	(14,08)
1992	257,94	80,15	(7,21)

FONTE: Balanços Gerais da União, FPAS, FINSOCIAL, FAS, FGTS e Outras Fontes.
(1) Os valores foram convertidos em dólares médios de 1992, utilizando-se o IGP-DI da FGV e a taxa média anual de câmbio no valor de CR$ 4.516,74.

Continuando a análise do nível **federal** de governo, o gasto social apresentou comportamentos diferenciados quando visto setorialmente ([4]). Em **1980**, considerando o gasto federal total, os setores ordenaram-se assim: em primeiro, estava a **Previdência Social**, absorvendo mais da metade dos recursos federais; em segundo a **Saúde** com 19%; em terceiro, e apenas nesse ano de 1980, estava a Habitação seguida do setor Educação, posições que se invertem a partir de 1981; em quinto o Saneamento, seguido da Assistência Social, Alimentação e Nutrição e Trabalho.

Em **1992** essa ordem modificou-se um pouco: o setor Trabalho (em último lugar em 1980) ficou em quarto lugar, logo após a Educação, deslocando a Habitação para um quinto lugar. A seguir estão a Assistência Social (que mantem o 6o.lugar), Saneamento, e Alimentação e Nutrição, que é deslocado para o último lugar em termos de participação no gasto.

A **Previdência Social** praticamente mantem seu patamar de participação no gasto federal total, passando de cerca de 54% para 56% em 1992, ano em que foram pagos os novos valores dos benefícios definidos na Constituição de 1988, sobretudo das aposentadorias. Ficam evidentes os movimentos antagônicos deste setor com relação ao da **Saúde**: o ano de 1983, em que a Previdência registrou sua maior participação no gasto (60%), a Saúde apresentou o seu menor nível (16%); inversamente, os anos onde constatou-se os menores níveis de participação da Previdência Social (1987, 1988 e 1989), coincidem com os maiores patamares de gasto do setor **Saúde**. Este último

Setor teve sua participação no gasto federal reduzida contínuamente a partir de 1990, chegando a 1992 com um patamar inferior ao de 1980.

A **Educação**, após crescer até 16% do total do gasto em 1988, infletiu essa tendência, reduzindo seu patamar para 9% em 1992, ficando igual a 1980 e inferior a 1981 e 1982.

A participação nos gastos federais do setor de **Habitação** e **Urbanismo**, situada entre 9 e 10% no período 1980/81, reduziu-se drásticamente para 4% em 1992.

O setor de **Saneamento** também sofreu perdas consideráveis no período, passando de algo em torno de 4% para 2% do gasto total. Apenas no ano de 1987 ele se igualou ao gasto do setor de Habitação e Urbanismo.

O nível de gasto da **Assistência Social** aumentou consideravelmente em 1987 (com 2,6% do total), reduziu-se bruscamente em 1990, recuperando-se em 1992.

O setor **Trabalho** foi, sem dúvida, aquele que apresentou a mudança mais drástica entre 1980 e 1992. Com uma participação histórica entre 0,5% e 1%, ao incorporar os gastos com Seguro-Desemprego a partir de 1989, pula para **8,5%** o seu nível de gastos em 1990, chegando a 1992 com 6,3%, ficando logo atrás do setor Educação.

Finalmente, o setor de **Alimentação e Nutrição**, que chega a participar com 2,7% do gasto federal em 1986 e 1987, suplantando a própria Assistência Social, cai abruptamente em 1991, chegando a 1992 com um patamar ínfimo de gasto, **0,42%**, o menor de todos os Setores Sociais em todos os anos ([5]).

PARTICIPAÇÃO DOS VÁRIOS SETORES NO GASTO SOCIAL FEDERAL
BRASIL - 1980/1992

(Em percentual)

ANOS	PREV. SOC.	ASS. SOC.	SAÚDE	ALIM. NUTR.	EDUC.	HAB. URB.	SANEAM.	TRAB.
1980	53,82	1,14	19,21	0,64	8,77	12,46	3,55	0,39
1981	56,19	1,12	17,34	0,65	10,47	9,46	4,35	0,40
1982	57,19	0,99	17,21	0,77	10,12	9,46	3,84	0,40
1983	59,80	0,84	16,22	1,01	9,80	8,63	3,23	0,46
1984	59,17	0,76	19,56	1,27	10,64	5,87	2,30	0,41
1985	56,66	0,73	19,36	2,00	11,86	5,03	3,80	0,55
1986	56,51	1,27	18,77	2,69	12,91	4,02	3,05	0,77
1987	45,40	2,62	25,52	2,71	14,29	4,13	4,35	0,98
1988	44,64	2,41	23,17	2,39	15,72	6,97	3,76	0,92
1989	49,66	2,37	24,49	2,03	13,69	2,28	2,36	3,11
1990	50,30	0,77	20,34	2,25	12,63	2,31	2,16	8,47
1991	51,46	1,68	19,31	1,36	10,40	4,51	2,93	6,65
1992	55,96	2,52	17,13	0,42	9,03	4,03	2,14	6,25

FONTE: Balanços Gerais da União, FPAS, FINSOCIAL, FAS, FGTS e Outras Fontes.

O gasto social **Estadual**, que elevou sua participação no gasto social total no período 1980/92 em 12,3% (conforme visto acima), cresceu quase 30% em termos reais entre esses dois anos. Apenas no período entre 1981/84 seu patamar de gasto ficou inferior ao de 1980.

Sua evolução em termos de crescimento, no entanto, esteve longe de ser linear, além de não apresentar uma trajetória claramente pró-cíclica. Tampouco os recursos dispendidos com a área social pelos governos estaduais tiveram caráter "compensatório" à redução dos mesmos por parte do Governo Federal. Na realidade, os anos de maior crescimento do gasto estadual, 1986 e 1989, chegando a 1990 com o maior nível de gasto do período, **não** foram anos caracterizados por diminuições do gasto social federal. Por outro lado, coincidência ou não, os anos de 1986 e 1990 foram anos de eleições para governadores (além das eleições presidenciais em 1989), o que denota, junto com as observações anteriores, o caráter claramente político das decisões de gasto social.

Em termos setoriais ([6]), a **Educação** foi nitidamente predominante ao longo do período entre 1980/90. No entanto, este setor, que chegou a representar 46% do total do gasto estadual em 1988, diminuiu sua participação para 39% em 1990.

A **Previdência** (aquela destinada aos funcionários estaduais), em segundo lugar, aumentou sua participação no gasto estadual de forma significativa, passando de 26,5% em 1980 para 34,5% em 1990.

O setor **Saúde** que iniciou a década com 13% de participação no gasto, reduziu-a acentuadamente a partir de 1987, chegando a 8% em 1990. Essa inflexão pode ser explicada pelo peso significativo dos repasses federais assumem na segunda metade da década, reduzindo-se a partir de 1990. Dessa forma, o **Saneamento**, que na primeira metade da década pesava menos do que a Saúde, a partir de 1987 passou a absorver uma maior parcela do gasto estadual.

A **Habitação** manteve praticamente inalterada a sua participação no total da despesa dos governos estaduais, enquanto que a **Assistência Social** elevou um pouco a sua posição relativa, mesmo naqueles anos em que o gasto federal no setor foi significativo (como 1987).

Já o gasto **Municipal** com a área social, que também aumentou, como vimos, sua participação no gasto social consolidado, registrou um incremento expressivo em termos reais (quase o dobro) entre 1980 e 1992.

O ano em que esse gasto atingiu o maior patamar, 1991, corresponde exatamente ao momento em que o gasto federal reduziu significativamente seus gastos sociais. O menor nível, por outro lado, se deu no ano de 1983, quando a redução nos gastos sociais foi generalizada.

Do ponto de vista da participação dos diversos setores no gasto municipal ([7]), **Habitação** foi o que manteve o maior peso proporcional durante toda a década, mantendo-o em torno de 36%. **Educação** também se manteve em torno de 30%, superando Habitação apenas em 1987.

Saúde, ao contrário do observado nos dois outros níveis de governo, eleva sua participação no gasto municipal significativamente, indicando um incremento de responsabilidade dos governos municipais com relação a esse setor, sobretudo a partir de 1988 ([8]).

Quanto à **Previdência Social** Municipal, após um crescimento entre 1983 e 1987, retomou, a partir de 1988, seu nível de participação registrado no início do período.

Ao contrário do observado no gasto estadual, o setor de **Saneamento** reduziu sua participação no gasto municipal durante a década de 80, com exceção do ano de 1989.

Finalmente, a **Assistência Social**, após elevar sua participação no gasto municipal principalmente em meados da década, chegou a 1990 com um nível superior ao do início do período, num movimento suplementar ao do gasto federal no primeiro momento, e aparentemente compensatório à redução do mesmo ao final do período. Isto é um indício (9) de como essa área de atuação, que deveria ser por excelência compensatória aos momentos de crise econômica e recessão, não cumpriu seu papel anti-cíclico nos anos 80, como tampouco o fez nos primeiros anos desta década de 90.

GASTO SOCIAL ESTADUAL E MUNICIPAL
BRASIL - 1980/1992

Em US$ milhões médios de 1990

ANOS	GASTO ESTADUAL	No. ÍNDICE	Tx. CRESC.	GASTO MUNICIPAL	No. ÍNDICE	Tx. CRESC.
1980	16 113	100,0	-	7 237	100,0	-
1981	15 268	94,7	(5,24)	6 750	93,3	(6,73)
1982	15.733	97,6	3,05	7 819	108,0	15,84
1983	13 968	86,7	(11,22)	6 228	86,1	(20,35)
1984	14 953	92,8	7,05	7 479	103,3	20,10
1985	16 477	102,3	10,19	9 002	124,4	20,36
1986	22 519	139,8	36,67	12 237	169,1	35,94
1987	19 705	122,3	(12,50)	11 323	156,5	(7,47)
1988	16 974	105,3	(13,86)	10 882	150,4	(3,89)
1989	21 665	134,5	27,64	11 572	159,9	6,34
1990	24 260	150,6	11,98	12 167	168,1	5,14
1991	18 407	114,3	(24,13)	13 715	189,5	12,72
1992	20 903	129,7	13,56	13 054	180,4	(4,82)

FONTE: DECNA/IBGE e DIVE/DTN. A sistematização dos dados foi feita por IPEA/CSP e Área Social do IESP/FUNDAP.
Nota: Os dados sobre Gastos Estaduais e Municipais para 1991 e 1992 são estimativas baseadas em levantamentos feitos por José Roberto Affonso. Estes dados foram passados originalmente de US$ médios de 1992 para US$ médios de 1990. O tratamento das transferências foi feito pela equipe da Área Social do IESP/FUNDAP.

PARTICIPAÇÃO DOS VÁRIOS SETORES NO GASTO SOCIAL ESTADUAL
BRASIL - 1980/1990

(Em percentual)

ANOS	EDUCAÇÃO	SANEAM.	HABIT.	ASSIST.SOC.	PREVID.	SAÚDE
1980	44,23	8,84	4,91	2,70	26,53	12,78
1981	45,54	7,67	3,46	2,97	27,72	12,62
1982	43,14	10,04	4,17	3,44	28,38	10,83
1983	42,88	8,97	4,18	2,81	29,73	11,42
1984	41,23	7,02	4,27	3,37	29,96	12,14
1985	42,16	8,86	4,06	2,40	30,87	11,65
1986	43,12	7,71	3,74	3,50	31,15	10,77
1987	45,95	6,05	3,78	4,02	34,50	5,68
1988	46,06	10,81	4,20	3,96	35,40	0,00
1989	40,81	12,56	4,37	3,50	32,14	6,61
1990	39,38	9,56	4,48	3,88	34,46	8,25

FONTE: DECNA/IBGE e DIVE/DTN. A sistematização dos dados foi feita por IPEA/CSP e IESP/FUNDAP.

PARTICIPAÇÃO DOS VÁRIOS SETORES NO GASTO SOCIAL MUNICIPAL
BRASIL - 1980/1990

(Em percentual)

ANOS	EDUCAÇÃO	SANEAM.	HABIT.	ASSIST. SOCIAL	PREVIDÊNCIA	SAÚDE
1980	31,73	5,60	37,82	1,63	11,49	11,73
1981	31,91	6,34	37,57	1,82	10,61	11,74
1982	30,09	4,93	38,62	2,04	12,37	11,94
1983	33,50	3,15	34,43	2,53	13,80	12,59
1984	30,07	2,59	37,88	3,62	13,78	12,06
1985	31,77	3,63	34,88	4,95	13,35	11,40
1986	34,64	3,71	33,07	3,71	13,72	11,15
1987	35,09	3,40	33,34	3,38	13,29	11,50
1988	29,78	3,31	34,86	3,01	11,36	17,68
1989	31,02	7,49	36,30	3,09	11,85	16,97
1990	31,28	2,92	35,66	2,88	11,93	15,33

FONTE: DECNA/IBGE e DIVE/DTN. A sistematização dos dados foi feita por IPEA/CSP e IESP/FUNDAP.

O "FUNDO SOCIAL DE EMERGÊNCIA" NO BRASIL

O Fundo Social de Emergência (FSE), tal como seus congêneres latinoamericanos, surge no contexto de um Plano de Estabilização Econômica ([10]). No entanto, "não é, como expressa seu nome, um Fundo Social, mas sim um artifício para aumentar a liberdade alocativa dos gastos públicos no interior do Orçamento, evitando as vinculações de receita que, segundo os autores do Plano, levam a obrigatoriedade do gasto com determinadas políticas. Ao assim fazer, os recursos alocados no FSE podem até ser utilizados como forma de esterilizar parte da receita fiscal, canalizando-a para cumprir objetivos de estabilização e zeragem do déficit público" ([11]).

Ou seja, diferentemente de outros Planos latinoamericanos vistos anteriormente, o FSE **não** assume um papel compensatório de emergência para os efeitos recessivos causados pelos planos de estabilização econômica.

O referido Plano de Estabilização brasileiro tem como eixo central a zeragem do déficit público (entendido como causa primária da inflação), através do aumento das receitas tributárias e do corte de despesas previstas no Orçamento. Neste sentido, o FSE assume papel estratégico, na medida em que seus recursos (boa parte dos quais originários das contribuições sociais), uma vez desvinculados (sobretudo das áreas sociais) criem liberdade alocativa. Gera-se uma fonte de recursos no interior do Orçamento totalmente livre à disposição da União e que propicia, ao mesmo tempo, o "saneamento financeiro" da Fazenda, contribuindo para a "estabilidade econômica". Estes objetivos, certamente os mais relevantes, não são assumidos pelo Govêrno, o qual, através dos documentos propositivos do FSE e do discurso das autoridades econômicas, confere mais importância ao caráter "social" do Fundo na suposta provisão de recursos para os programas sociais ([12]).

A versão do FSE aprovada pelo Congresso correspondia, segundo estimativas oficiais, a um volume de recursos em torno de US$ 15,5 bilhões ([13]), cujas receitas estão detalhadas nas Tabelas abaixo. Na versão aprovada, as principais fontes de receita são a parcela de 20% (ampliada em 5 pontos percentuais com relação à primeira versão) da Arrecadação de todos os Impostos e **Contribuições** e os eventuais acréscimos na Arrecadação Federal. Note-se que a terceira fonte (com uma participação não desprezível de 16%) se refere à Contribuição sobre o Lucro, fonte vital para a Seguridade Social.

COMPOSIÇÃO DAS RECEITAS DO FUNDO SOCIAL DE EMERGÊNCIA-FSE
(PROPOSTA APROVADA PELO CONGRESSO)

FONTES	(%)
20% da Arrecadação de Impostos e Contribuições	42,0
Acréscimo da Arrecadação de Impostos Federais	36,0
Aumento da Arrecadação da Contribuição Social s/lucro	16,0
Retenção de IR na fonte pago pela União	3,0
0,75% do Produto da Arrecadação do PIS sobre Bancos	3,0

FONTE: Ver dados in Médici e Marques, 1994, p.10.
Tabela elaborada pela autora.

A revisão da proposta orçamentária para 1994, reduz todos os ítens de despesa, à exceção das Inversões Financeiras (que aumentam **440%**) e da Amortização da Dívida (cujo aumento foi de **183%**), ítens que representam 34,6% do total da proposta revista. Ou seja, se eliminássemos esses dois grupos de despesa, a proposta orçamentária revista em vez de um aumento de 62,7% passaria a apresentar uma redução de -43,7% com relação ao projeto de lei. Os grupos de despesa mais afetados pelos cortes foram os Investimentos e as Outras Despesas Correntes.

PROPOSTA ORÇAMENTÁRIA PARA 1994 E SUA REVISÃO - Em US$ bilhões

GRUPOS DE DESPESA	PL 23/93	Revisão proposta	Diferença Absoluta	Diferença Relativa
Pessoal e Encargos Sociais	28,50	24,76	-3,74	-13,1%
Outras Despesas Correntes	65,75	53,17	-12,58	-19,1%
Investimentos	9,35	7,49	-1,86	-19,9%
Inversões Financ.	11,86	64,09	52,22	440,3%
Outras Despesasde Capital	0,21	0,19	0,02	-10,3%
Reserva de Contigência	1,59	1,50	0,09	-5,6%
SUB TOTAL	117,26	151,19	33,93	28,9%
Juros e Encargos da Dívida	19,80	16,19	-3,61	-18,2%
Amortização da Dívida	46,31	130,97	84,56	182,8%
SUB TOTAL	66,11	147,16	81,05	122,6%
TOTAL	183,37	298,35	114,80	62,7%

FONTE: Projeto de Lei no.23/93 e Assessoria de Orçamento e Fiscalização Financeira da Câmara de Deputados; in Médici e Marques, 1994, p.10 (com modificações).

Os **Ministérios Sociais** foram os mais afetados pelas alterações nas despesas do Orçamento de 1994. Dentre eles, o do **Bem-Estar Social** sofreu o maior corte em suas despesas (52,2%), seguido de **Saúde** (com uma redução de 21,5%) e de **Previdência Social** (com 21,2%). Note-se que o Poder Executivo como um todo recebeu um corte da ordem de 17%. Mais uma vez, os Outros Encargos (que incluem os Juros, Encargos e Amortização da Dívida), apresentam um aumento de 140,3%.

ALTERAÇÕES NAS DESPESAS DO ORÇAMENTO DE 1994 POR MINISTÉRIO
Em US$ bilhões

MINISTÉRIOS E OUTROS ÓRGÃOS FEDERAIS	PL 23/93	Revisão proposta	Diferença Absoluta	Diferença Relativa
Ministérios Sociais	55,54	44,15	-11,39	-20,5%
Bem-Estar Social	2,44	1,17	-1,27	-52,2%
Educação e Desporto	6,90	5,97	-0,93	-13,5%
Previdência Social	27,99	22,06	-5,93	-21,2%
Saúde	11,51	9,02	-2,49	-21,5%
Trabalho	6,15	5,42	-0,73	-11,9%
Cultura	0,14	0,13	-0,01	-5,6%
Meio Ambiente	0,41	0,38	-0,03	-7,5%
Poder Executivo	85,22	70,67	-14,55	-17,1%
Poder Legislativo	0,89	0,78	-0,12	-13,1%
Poder Judiciário	2,83	2,37	-0,46	-16,3%
Outros Encargos*	92,83	223,03	130,20	140,3%

FONTE: Projeto de Lei no.23/93 e Assessoria de Orçamento e Fiscalização Financeira da Câmara de Deputados; in Médici e Marques, 1994, p.11.
* inclui Juros e Encargos e Amortização da Dívida.

Outro aspecto preocupante do ponto de vista das perspectivas dos chamados Ministérios Sociais é o quanto do seu gasto está comprometido no FSE. No total do gasto previsto (já após a revisão) para os Ministérios Sociais, 20,4% está no FSE. Para os demais Ministérios e Órgãos federais, o FSE representa apenas 3,6% no total dos gastos previstos para os mesmos.

O setor onde o FSE possui o maior peso no custeio é o da **Saúde**, com metade dos seus recursos comprometidos, o que aumenta mais ainda a já considerável fragilidade do setor do ponto de vista da garantia de alocação dos seus recursos orçamentários.

PARTICIPAÇÃO DO FSE (FONTE 199) NO CUSTEIO DOS MINISTÉRIOS SOCIAIS NA NOVA PROPOSTA ORÇAMENTÁRIA
Em US$ bilhões

MINISTÉRIOS E OUTROS ÓRGÃOS FEDERAIS	GASTOS PREVISTOS (REVISÃO)	F.S.E.	PARTICIPAÇÃO (%)
Ministérios Sociais	44 150,0	9 018,1	20,4
Bem-Estar Social	1 170,0	267,4	22,9
Educação e Desporto	5 970,0	978,0	16,4
Previdência Social	22 060,02	875,4	13,0
Saúde	9 020,0	4 562,0	50,6
Trabalho	5 420,0	222,8	4,1
Cultura	130,0	34,0	26,1
Meio-Ambiente	380,0	78,5	20,7
Outros Órgãos e Ministérios	178 880,06	497,2	3,6
TOTAL	223 030,0	15 515,3	6,9

FONTE: SIAFI, in Médici e Marques, 1994, p.12 (com modificações).

Para finalizar, faremos uma comparação entre a proposta orçamentária de 1994, e sua respectiva revisão, com os níveis de gasto social dos anos de 1990 e 1992, bem como sua composição setorial por agregação de programas e sub-programas sociais ([14]).

A revisão da proposta orçamentária para 1994 reduz em 20,8% o total de gasto social previsto para esse mesmo ano, mantendo o patamar de 1992 (em torno de US$ 36,5 bilhões), e ficando 16,7% abaixo do gasto verificado em 1990. Ficou malograda, portanto, a tentativa de pelo menos repor o nível de gasto efetuado em 1990. Além disso, essa revisão reduziu todas as propostas de gasto para todos os setores da Área Social, sem exceções.

Ao comparar a revisão da Proposta Orçamentária para 1994 com o ano de **1990**, verifica-se também que os setores sociais mais prejudicados, ou seja, que viram seus gastos mais reduzidos, foram Habitação (-49%), Trabalho (-40,5%), Saúde (-29%), Educação (-28%) e, por último, Previdência (-14,6%). Os setores que aumentaram seus níveis de gasto foram: Meio-Ambiente (+582%), Assistência (+165%) e Saneamento (+146%). O de Alimentação teve seu gasto elevado em apenas 2%.

Mesmo mantendo o patamar do gasto social total verificado em **1992**, quando comparada a este ano do ponto de vista setorial, a revisão da proposta orçamentária para 1994 diminuiu os recursos do setor de Urbanismo (-49%), de Assistência (-24,4%), de Previdência (-4,9%) e de Trabalho (-

2,4%). Aqueles setores, portanto, que se beneficiaram com essa proposta em termos da despesa efetuada em 1992 foram, principalmente, o de Alimentação (+568%) e o de Meio Ambiente (+201%), seguidos dos setores de Habitação (+77%), Educação (+19,7%), Saneamento (+14,7%), e, finalmente, mantendo praticamente o mesmo patamar, o de Saúde (com um aumento de apenas 2,3%).

Mesmo se considerarmos (a partir de dados preliminares) o ano de 1993 como aquele onde foram praticados gastos sociais acima do período anterior, vemos que a proposta orçamentária para 1994 revista não mantem essa tendência, na medida em que retorna ao nível de 1992, o mais baixo em todo o período. Mesmo para aqueles setores onde essa proposta significou "aumento", como o de Alimentação, note-se que o mesmo foi proporcional ao gasto de 1992, cujo patamar foi baixíssimo.

GASTO SOCIAL FEDERAL POR SETORES, 1990 E 1992, E
PROPOSTAS ORÇAMENTÁRIAS PARA 1994

Em US$ milhões de 1992

SETORES	1990(1)	1992(2)	PROPOSTA 1994 (3)	REVISÃO DA PROPOSTA (4)
Alimentação	1 048,7	160,1	1 077,2	1 070,8
Saúde9	452,9	6 572,6	9.220,8	6 726,7
Saneamento	228,9	490,8	667,8	563,0
Meio-Ambiente	25,6	58,0	210,4	174,7
Educação	5 768,5	3 465,64	853,2	4 148,7
Habitação	118,9	34,0	74,7	60,3
Urbanismo	57,2	111,6	64,5	56,4
Trabalho3	935,8	2 399,4	2 606,82	341,7
Assistência	857,7	3 008,8	2 767,42	274,9
Previdência	22.699,3	20 391,3	24 915,2	19 389,4
TOTAL	44 193,5	36,692,2	46 458,0	36 806,6

(cont.)

SETORES	RELAÇÃO % ENTRE(4)E(1)	RELAÇÃO % ENTRE(4)E(2)	RELAÇÃO % ENTRE(4)E(3)
Alimentação	2,1	568,8	(0,6)
Saúde	(28,8)	2,3	(27,0)
Saneamento	145,9	14,7	(15,7)
Meio-Ambiente	582,4	201,2	(17,0)
Educação	(28,1)	19,7	(14,5)
Habitação	(49,3)	77,3	(19,3)
Urbanismo	(1,4)	(49,5)	(12,6)
Trabalho	(40,5)	(2,4)	(10,2)
Assistência	165,2	(24,4)	(17,8)
Previdência	(14,6)	(4,9)	(22,1)
TOTAL	(16,7)	0,3	(20,8)

FONTE: IPEA/DDP/CSP (Conta Social Consolidada) e Assessoria de Orçamento e Fiscalização Financeira da Câmara dos Deputados, in Médici e Marques, 1994, p. 14.
Nota: A Proposta para 1994 refere-se ao Projeto de Lei no.23/93 do Congresso Nacional.

NOTAS

(1) Ou seja, incluindo os três níveis de governo, federal, estadual e municipal, nos setores acima mencionados.
(2) São considerados aqui os setores de alimentação, saúde, saneamento, meio-ambiente, educação, habitação, urbanismo, trabalho, assistência e previdência social.
(3) ver a esse respeito WATSON B., Aglas, "Aspectos Federativos das Relações Fiscais Intergovernamentais", FUNDAP/IESP, SP, maio de 1993; in Médici, 1994, p.31.
(4) Os setores de Saúde, Previdência Social, Assistência Social e Alimentação e Nutrição terão seus gastos analisados detalhadamente nos itens respectivos mais adiante.
(5) As causas desse comportamento do gasto no setor de Alimentação e Nutrição, bem como para os setores de Assistência Social, Previdência Social e Saúde, são analisadas no item sobre as políticas setoriais da Seguridade Social.
(6) Assim como no gasto federal, os setores relativos à Seguridade Social - Saúde, Previdência Social e Assistência Social, bem como Alimentação e Nutrição - serão analisados nos itens respectivos mais adiante.
(7) Idem nota (6).
(8) Ver análise detalhada sobre o setor Saúde mais adiante.
(9) como veremos adiante na análise específica sobre esse setor
(10) O FSE foi a primeira medida aprovada do Plano de Estabilização promulgado no início de 1994 pelo então Ministro da Fazenda, Fernando Henrique Cardoso. Foi criado pela Emenda Constitucional no.01/94 em março de 1994, e ainda não está regulamentado.
(11) Médici e Marques, 1994, p.3.
(12) ibid., p. 7.
(13) ver quadro anexo à Exposição de Motivos Interministerial no.047 de 27/02/94.
(14) No momento da elaboração deste capítulo, não estavam disponíveis os dados consolidados relativos ao gasto social de 1993, bem como sua composição setorial. Pelas informações parciais disponíveis, o nível de gasto de 1993 parece superar o de 1992, o qual, por enquanto, é o mais baixo no período pós-90.

CAPÍTULO II: BRASIL

6 - As Políticas Setoriais da Seguridade Social

Tendo em vista o quadro mais geral da Política Social brasileira, do ponto de vista da sua evolução institucional, bem como do seu financiamento e gasto, passamos a analisar os três setores que compõem a chamada Seguridade Social, denominação dada a partir da Constituição de 1988 às três áreas que em conjunto constituem o "núcleo duro" da Política Social ou do "Estado de Bem-Estar" no Brasil. Por outro lado, também está dada a referência mais geral na análise (feita no Capítulo I) dos Sistemas de Seguridade Social na América Latina, bem como algumas referências comparativas nos estudos sobre o Chile, a Argentina, o México e a Bolívia.

A análise dos três setores constitutivos da Seguridade Social brasileira compreende sua evolução institucional e comportamento de seus gastos na última década. No item seguinte, apresenta-se como está inserida a Seguridade Social na Constituição, qual a sua legislação complementar, e quais as propostas de reforma a ela referidas que estão hoje em pauta.

Do ponto de vista da **evolução institucional**, as trajetórias percorridas pelos três setores foram marcadas por diferenças relevantes, apesar da confluência formal/legal ocorrida na Constituição em torno da Seguridade Social. Esta confluência ocorreu, a nosso ver, por diversos fatores. Em primeiro lugar pelo momento político-institucional absolutamente particular (quando comparado aos demais Ministérios da Área Social) vivido pelo Ministério da Previdência e Assistência Social (onde se incluia o INAMPS), cuja gestão no período 1985/87 provocou importantes mudanças na assistência médica e na previdência social. A assistência social foi a menos afetada por essas mudanças, apesar da cobertura de suas ações, mesmo nos moldes tradicionais, ter sido ampliada significativamente.

O mudanças no setor **Saúde** foram nitidamente lideradas pelo **INAMPS**, responsável não apenas pela maior rede hospitalar e ambulatorial públicas do país, mas também pelos repasses financeiros realizados às redes estaduais e municipais, que sustentavam mais de 80% das ações de saúde a nível nacional. A primeira dessas mudanças, foi a **universalização** de toda a rede do INAMPS, à qual passaria a ter acesso todo e qualquer cidadão independentemente de ser ou não contribuinte da Previdência Social ([1]). As AIS-Ações Integradas de Saúde passam a assumir expressão nacional, incorporando, até 1987, a totalidade das Unidades Federadas e a grande maioria dos Municípios. Sua expansão permitiu notável incremento da capacidade instalada da rede pública, sobretudo criando a infra-estrutura da rede ambulatorial de cuidados básicos de saúde, essencial para o desenvolvimento de políticas de universalização e descentralização. Este desenvolvimento, no entanto, consolida-se a partir de 1987 com o advento do SUDS-Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde, que antecipou uma série de inovações consolidadas na Constituição de 1988, como universalização e equidade no acesso aos serviços de saúde, integralidade da assistência, regionalização e integração dos serviços, descentralização das ações e dos recursos, desenvolvimento de organismos gestores colegiados, entre outras. Além do considerável incremento de recursos repassados aos Estados e Municípios nesse período (como veremos adiante), o SUDS introduziu um efetivo mecanismo de descentralização dos recursos, que possibilitou a sua distribuição de forma

mais equitativa e sob um efetivo controle público: tratava-se da POI-Programação e Orçamentação Integradas que, ao contrário do pagamento exclusivamente por produção de serviços, não induzia à corrupção e possibilitava um transparente acompanhamento dos recursos programados, repassados e efetivamente gastos.

A brusca redução do volume de recursos repassados, o desmonte institucional e as mudanças introduzidas nos mecanismos de repasse a partir do governo Collor (voltando ao critério por produção de serviços e ignorando os governos e órgãos colegiados estaduais), representaram um **retrocesso** no setor Saúde de tal extensão e gravidade, que seus impactos são sentidos até hoje. Não há, portanto, qualquer linearidade na evolução recente do setor Saúde. A situação de total deterioro em que ele se encontra, sem precedentes, é fruto de políticas deliberadas que **interromperam** bruscamente um processo de mudanças que caminhava na direção do preconizado pela Constituição. Por outro lado, não existe, formalmente, uma proposta de reforma, tal como na Previdência, que se contraponha ao SUS. O discurso dominante gira em torno da "corrupção" e do "desperdício" das verbas da saúde, enquanto que no mundo real essas mesmas verbas vêm sendo progressivamente cortadas, agravando cada vez mais o desmantelamento existente na rede de serviços de saúde.

A mudança mais importante na **Previdência Social** nesse período foi a equalização dos benefícios urbanos e rurais. Estes últimos foram consideravelmente ampliados, aumentando significativamente a cobertura da Previdência na área rural, fato aliás ressaltado em relatórios internacionais sobre a Seguridade Social na América Latina ([2]). Foi a partir da Constituição de 1988, no entanto, que os direitos previdenciários dos trabalhadores foram ampliados e ratificados. Por conta do "represamento" de benefícios havido no governo Collor e do fato de que a regulamentação total dos dispositivos constitucionais só completar-se em 1992, o impacto dessas mudanças na despesa com benefícios só aparece, de forma concentrada, em 1993. Como veremos adiante, no entanto, esse aumento do gasto com benefícios foi mais do que compensado por fortes reduções nas despesas com pessoal e transferências ao INAMPS, de sorte que a despesa total da Previdência em 1993 foi inferior à de 1990. Não existe nenhuma evidência mais consistente no curto prazo de "quebra" ou "falência" da Previdência Social brasileira. Este, no entanto, tem sido o argumento central para o encaminhamento das propostas de reforma da Previdência por parte dos governos Collor, Itamar Franco e Fernando Henrique Cardoso. Essas propostas, detalhadas no item 7 a seguir, têm como objetivos centrais a redução do elenco de benefícios previsto na Constituição e a criação de um sistema privado de Previdência Complementar, devidamente incentivado e subsidiado por recursos públicos.

A evolução institucional da **Assistência Social**, a nível do governo federal, foi, de modo geral, conservadora. Suas estruturas, centralizadas e opacas, foram mantidas, embora em alguns momentos da década de 80 apresentassem coberturas razoáveis em alguns programas. No processo constituinte em 1988, no entanto, houve uma grande mobilização social e profissional do setor, inscrevendo a Assistência Social no capítulo da Seguridade Social como direito do cidadão, em moldes totalmente diferentes aos prevalentes nas instituições federais. Somente em 1993, no entanto, é que a sua regulamentação foi instituída (através da LOAS-Lei Orgânica da Assistência Social), não tendo sido

implementados, até hoje, nenhum dos seus preceitos legais. O setor, totalmente sem verbas e com os antigos programas desmantelados, viu seu campo de atuação limitado às iniciativas "comunitárias" e "solidárias".

Cabe mencionar que a análise aqui apresentada, em função do escopo da nossa pesquisa, dá conta do nível federal de governo, o qual, sem dúvida, foi e é o responsável pelas políticas setoriais que constituem a Seguridade Social. No entanto, excluindo a Previdência Social que por sua própria natureza é uma política eminentemente federal, a Saúde e a Assistência Social são setores com um razoável desenvolvimento acumulado nos níveis estaduais e municipais de governo. Dessa forma, inúmeras são as experiências inovadoras nesses setores implementadas por alguns governos estaduais e municipais, as quais têm compensado, de algum modo, o total desmantelamento verificado a nível federal nos anos recentes. Infelizmente, no entanto, nem todos os governos locais tiveram (ou têm) condições de substituir as políticas federais, o que tem provocado "vazios" em termos de políticas sociais em muitas regiões do país, sobretudo naquelas mais carentes de recursos e/ou naquelas onde os problemas sociais, por sua extensão e complexidade, superam sua capacidade de resposta.

O **financiamento** da Seguridade Social é, sem dúvida, seu ponto mais vulnerável. A Constituição de 1988 preconiza que a Seguridade Social como um todo deve ser financiada por "toda a sociedade", de forma "direta e indireta", mediante recursos dos orçamentos da União, Estados e Municípios; das contribuições sociais (empregadores - folha de salários, faturamento e lucro - e empregados); e das receitas de concursos de prognósticos. Apesar da criação do Orçamento da Seguridade Social, não existem critérios claros e definidos sobre a partilha de recursos entre o três setores: os recursos têm sido negociados a cada lei orçamentária anual. Desde 1990 o que tem ocorrido é uma "especialização" das fontes, destinando, prioritáriamente, os recursos do FINSOCIAL à Saúde, os da contribuição sobre o lucro à Assistência Social e os das contribuições sobre folha à Previdência. Em oposição à essa especialização, estão as propostas, oriundas principalmente de setores que querem preservar a unicidade da Seguridade Social, de vinculação de recursos. Esta vinculação se daria básicamente de duas formas: através de percentuais diferenciados das receitas de impostos e de contribuições, ou através de percentual único do conjunto das receitas que compõem o Orçamento da Seguridade Social. A especialização, além de fragmentar os setores componentes da Seguridade, deixa-os sujeitos ao comportamento cíclico de cada fonte da qual dependem. Já a vinculação a um percentual único do conjunto das receitas, além de dar maior unicidade e visibilidade ao Orçamento Único da Seguridade, garantiria que o impacto das possíveis flutuações cíclicas de cada uma das fontes fosse distribuído de forma mais equânime pelos setores, diminuindo sua vulnerabilidade.

Com relação ao **comportamento do gasto** nesses três setores destacamos as seguintes observações gerais:

- é nítido o predomínio de recursos federais ao longo de toda a década de 80;

- a participação dos Estados diminuiu para a Saúde (de 18% para 14%) e aumentou para a Assistência Social (de 41% para 45%) entre 1980 e 1990;

- já a participação dos Municípios aumentou para ambos setores no mesmo período: de 7% para 12% no setor Saúde, e de 11% para 16% para o setor de Assistência;

- entre 1990 e 1992 os gastos com Saúde sofreram uma queda acentuada: os gastos federais foram reduzidos em 30,6% (de US$ 11,1 para US$ 7,7 bilhões; as transferências federais a Estados (equivalentes a mais de 50% dos gastos de responsabilidade desta instância) cairam de US$ 2.872,2 para US$ 237 milhões;

- os Estados gastaram com Saúde em torno de 5% de suas receitas tributárias entre 1980 e 1990, enquanto que os Municípios chegaram a gastar, no ano de 1988, mais de 10% das mesmas;

- a participação do governo federal no gasto com Assistência Social caiu de mais de 50% nos anos do governo Sarney para menos de 40% em 1990;

- no entanto, o patamar de gastos totais com Assistência Social dobra entre 1980 e 1990, passando de US$ 1,1 para US$ 2,1;

- entre 1982 e 1992, o gasto total com a Previdência Social cai de US$ 24 para US$ 20 bilhões (em torno de 17%); enquanto que a despesa com benefícios reduziu-se em torno de 22% (de US$ 18 para US$ 14 bilhões); o ano de 1993 ainda apresenta um gasto total inferior (US$ 22 bi) e apenas repõe o patamar da despesa com benefícios de 1982, em torno de US$ 18 bi.

- a participação da despesa com benefícios no total dos gastos da Previdência cai de 75,7% para 71,1% entre 1982 e 1992, aumentando para 81,1% em 1993;

- como o número de benefícios previdenciários aumentou de 9 para 13 milhões no mesmo período, a despesa média caiu de US$ 1.988 para US$ 1.085 / ano, ou de US$ 166 para US$ 90 / mês, com uma redução em termos reais, portanto, de 45,8% no valor médio dos benefícios; a redução para o ano de 1993 foi de 35,3%, com um valor médio mensal em torno de US$ 100. Trata-se, portanto, de uma falácia a afirmação de que o ano de 1993 "fez justiça aos beneficiários da Previdência".

Em síntese, o que sobressai neste ítem que apresentamos a seguir é a existência de uma Seguridade Social ainda não constituída na prática, apesar da sua "existência" legal e formal, desgarrada do ponto de vista de suas ações e de seu financiamento, e constrangida do ponto de vista dos seus gastos. Boa parte do que está inscrito na Constituição a respeito da Seguridade Social **não** foi cumprido, o que torna os "ímpetos reformistas" sobre a mesma, no mínimo, um tanto apressados e levianos.

NOTAS

(1) Este foi o primeiro ato assinado pelo Presidente do INAMPS, Hésio Cordeiro, em 1985. Esta medida foi ratificada como princípio posteriormente, na Constituição de 1988.

(2) Ver item 7 do Capítulo I.

CAPITULO II (CONT.)

6.1 - Saúde

Política de Saúde nos anos 80: a transição e a Nova República

O marco inicial da Política de Saúde nos anos 80 foi sem dúvida a **VII Conferência Nacional de Saúde**, realizada em março de 1980 em Brasília com ampla participação de técnicos, políticos e autoridades nacionais, regionais e locais do Setor Saúde.

O plano do governo federal apresentado à essa Conferência foi o "PREVSAÚDE-Programa Nacional de Serviços de Saúde", cujo propósito central era "racionalizar" o gasto e "distribuir melhor" os recursos físicos e humanos já existentes. Ou seja, configurava-se, nítidamente, apenas uma estratégia para enfrentar a crise financeira previdenciária. Esse plano sofreu inúmeras mudanças, e com elas diversas versões do mesmo foram produzidas. No entanto, nenhuma dessas versões chegou a ser implementada. Com a crise de 1981 e o alto déficit da previdência social, a assistência médica sofreu uma das maiores restrições financeiras da sua história.

Em decorrência da crise econômica, a queda dos gastos em saúde levou o INAMPS a recolocar novas estratégias de racionalização dos programas, ações e custos da assistência médica. Por outro lado, o contexto político era de redemocratização, com o retorno das eleições de governadores. Assim, surge o "CONASP-Conselho Nacional de Assistência Médica da Previdência Social", cuja atribuição básica era estabelecer as regras gerais de funcionamento do sistema. A medida mais importante tomada por esse Conselho, e que teria profundas repercussões no sistema de saúde como um todo, foi a criação do "**Programa das Ações Integradas de Saúde- AIS**".

O programa das **AIS** permitia, através da assinatura de convênios, o repasse de recursos do INAMPS para os Estados e Municípios com o propósito de reforçar seus gastos com saúde. Com isso, o processo de barganha política dos recursos entre os três níveis de governo e entre os setores público e privado assumiu nova institucionalidade, mais aberta e, em alguns casos, mais democrática, na medida em que contava também com a participação da sociedade civil, organizada através de uma gestão colegiada. Na medida em que esse repasse era acompanhado de investimentos que possibilitassem a ampliação da rede e de sua capacidade operativa, essa estratégia das AIS representou também uma importante extensão da cobertura de serviços de saúde. Em 1984, o número de convênios com Municípios chegava somente a 132 (dos quais 115 eram do Piauí, que havia aderido em bloco, dada a sua extrema dependência de recursos federais). Já em 1985, o número de Municípios com convênio AIS passou para 644, alcançando uma cobertura de 67% da população brasileira. Em 1986, as AIS já haviam atingido aproximadamente 2.500 municípios, cobrindo cerca de 90% da população brasileira ([1]).

As medidas adotadas na nova gestão do INAMPS a partir de 1985, de cunho universalizante, permitiram expansão quantitativa e qualitativa nos serviços de saúde. Essas medidas, em síntese, foram ([2]):

- estímulo ao desenvolvimento de unidades públicas de saúde;
- implantação da modalidade de remuneração pelo sistema AIH nos hospitais de ensino;

- equiparação urbano-rural na remuneração dos serviços prestados pelo sistema do antigo FUNRURAL, passando a ser feita nos mesmos moldes dos serviços urbanos, com o pagamento pelo sistema AIH e ambulatorial aberto;

- implantação de nova modalidade de convênio com as entidades filantrópicas, o que permitiu a remuneração do atendimento prestado a não-contribuintes diretos da Previdência Social, abolindo a figura do "indigente" das Santas Casas e demais entidades beneficentes;

- abolição da exigência da comprovação de vínculo com a Previdência para atendimento na rede própria do INAMPS, antecipando a **universalização** preconizada pela Constituição em 1988.

Todo esse conjunto de medidas foi possível, além da vontade política e do esforço técnico, porque houve um **aumento real de recursos federais aplicados ao setor saúde** (ver dados adiante).

A lógica de repasse de recursos das AIS era ainda baseada na compra de serviços, fossem eles públicos ou privados. Com a Nova República, a estrutura de financiamento dos serviços de saúde por parte do INAMPS foi radicalmente modificada, com a adoção da "Programação e Orçamentação Integrada-POI", que passa a integrar o planejamento das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, além das Superintendências Regionais do INAMPS, num único instrumento de planejamento para cada Estado. Os setores público e privado passaram a prestar serviços de acordo com bases definidas regionalmente. O processo de orçamentação se descentraliza radicalmente, feito de forma ascendente a partir das próprias unidades de saúde, e se baseia em programação de atividades préviamente definida. As ações de caráter coletivo passam, pela primeira vez, a fazer parte da sistemática de orçamentação do INAMPS. Note-se que desse processo participava toda a rede pública e privada de saúde conveniada com as AIS, ou seja, dependente dos recursos do INAMPS.

Esse novo processo de programação e orçamentação dos serviços de saúde se deu no marco da criação e implementação do **SUDS-Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde**, a partir de julho de **1987**. Os convênios AIS foram substituídos pelos convênios SUDS, os quais implementaram e aperfeiçoaram uma série de novos instrumentos (sobretudo a POI-Programação e Orçamentação Integrada), que permitiram uma **descentralização** operacional, administrativa e financeira dos serviços de saúde inédita até então no setor (e provavelmente na área social como um todo).

A concepção do **SUDS** fica clara na exposição de motivos por ocasião da sua criação: "...reconcepção teórica e operativa das AIS deverá induzir a uma unificação com descentralização, o que conduzirá à realocação de um novo entendimento da Federação, fundado na cooperação e na integração, e não na competição, na dispersão e na compartimentação das responsabilidades" ([3]).

O **SUDS** estabelece clara definição de competências para os três níveis de governo. De acordo com o decreto de sua criação ([4]), a **União** ficava responsável por: gestão, coordenação, controle e avaliação do Sistema Nacional de Saúde ao nível nacional; elaboração do Plano Nacional de Saúde; execução de serviços de abrangência nacional nas áreas assistencial, de pesquisa e de cooperação técnica; regulamentação das relações entre os setores público e privado prestadores de serviços; normatização nacional da assistência integral à saúde, da vigilância epidemiológica, da vigilância nutricional e alimentar, da vigilância sanitária, do controle das condições de trabalho, do saneamento, do meio-ambiente, da informação em saúde, da pesquisa e desenvolvimento tecnológico

e da produção , distribuição e controle de insumos críticos; garantia da redistribuição espacial do Sistema Nacional de Saúde; implementação dos planos nacionais de Recursos Humanos, de informação em saúde, de desenvolvimento científico e tecnológico de saúde e de produção e distribuição de insumos críticos (equipamentos, medicamentos, imunobiológicos, sangue e hemoderivados).

Os **Estados** ficavam responsáveis por: gestão, coordenação, controle e avaliação do Sistema Estadual de Saúde; adaptação das normas e diretrizes federais ao Sistema Estadual de Saúde; execução direta de serviços de saúde de abrangência estadual ou micro-regional; participação na gestão e controle de convênios com entidades públicas e privadas; elaboração e coordenação do Plano Estadual de Saúde, e implementação dos Planos Estaduais de Recursos Humanos, Informação em Saúde, Desenvolvimento Científico e Tecnológico e de produção e distribuição de insumos críticos.

Finalmente, de acordo ainda com o decreto do SUDS, os **Municípios** se responsabilizavam por: gestão, coordenação, controle e avaliação do Sistema Municipal de Saúde; execução direta dos serviços de saúde de abrangência municipal, especialmente os de atenção básica, de vigilância sanitária, de vigilância epidemiológica, de saúde ocupacional e de controle de endemias; participação na gestão e controle de convênios com entidades públicas e privadas; elaboração e coordenação do Plano Municipal de Saúde; implementação dos Planos Municipais de Recursos Humanos, Informação em saúde e distribuição de insumos críticos.

Apesar de serem mantidos os convênios com os Municípios, os repasses de recursos eram feitos através dos Estados, os quais fortaleceram as estruturas das suas respectivas Secretarias de Saúde, incorporando inclusive antigas atribuições das Superintendências Regionais do INAMPS. Suas estruturas de orçamentação foram aperfeiçoadas, sendo vinculadas ao acompanhamento e avaliação dos programas de saúde desenvolvidos pelos Estados. Dessa forma, a POI-Programação e Orçamentação Integrada ganha força e expressão na estratégia de planejamento dos Estados.

O SUDS foi de fato a primeira iniciativa federal no campo da saúde que avançou no caminho da descentralização e da unificação institucional. Esta unificação das redes de serviços era regional e sob o comando dos Estados. Para tal foi elaborado um cronograma de extinção do INAMPS e de suas estruturas regionais, e montada uma estrutura de assessoramento, controle e avaliação do processo de descentralização nos Estados.

Os critérios de transferência e aplicação dos recursos nos Estados, bem como as formas de prestação de contas dos recursos repassados, eram as preocupações centrais do INAMPS nesse processo. Nesse sentido, foi elaborada extensa legislação e normatização dos Convênios-Padrão SUDS, bem como dos respectivos termos aditivos de adesão ao sistema ([5]).

Com a demissão do presidente do INAMPS (Hésio Cordeiro) e de sua equipe em meados de 1988, têve início um período de retrocesso político no que diz respeito às diretrizes básicas que estavam sendo implementadas no setor saúde, provocando um grave refluxo no projeto SUDS. Esse retrocesso, aliás, se inscreve no contexto de um processo mais geral de "desmonte" do setor público, particularmente na área social, que se agudizará em 1989. Um dos exemplos desse retrocesso na

saúde foi o retorno dos repasses e convênios realizados diretamente com os Municípios, alijando os Estados do processo de regulação do relacionamento com suas respectivas esferas locais (estratégia que será utilizada, como veremos, também pelo governo Collor). Na medida em que esses repasses de recursos abandonaram os critérios unificados e descentralizados da POI-Programação e Orçamentação Integrada, os motivos de natureza clientelista voltaram a predominar, provocando forte aumento da heterogeneidade dos repasses aos Estados e Municípios.

Este último aspecto fica evidenciado a partir de alguns dados de repasse de recursos apresentados por Médici(1993a), os quais demonstram que na primeira fase do SUDS (1986 e 1987), correspondente à gestão Hésio Cordeiro no INAMPS, houve todo um esforço para privilegiar as regiões mais carentes do país, como o Norte, o Nordeste e o Centro-Oeste. Nesse período, essas três regiões receberam repasses do SUDS proporcionalmente maiores que suas populações. No caso da região Sudeste, que junto com a região Sul recebeu proporcionalmente menos recursos do que sua população, houve, no entanto, um considerável aumento das transferências do SUDS para os Estados do Rio de Janeiro e São Paulo entre 1986 e 1987. Note-se que no Rio de Janeiro foi feito um importante movimento de recuperação da sua rede pública de hospitais, a maior do país, que se encontrava totalmente desmantelada.

Numa "segunda fase" do SUDS, a partir da saída de Hésio Cordeiro, verificou-se um movimento de aumento da participação das regiões Sudeste e Sul na absorção dos repasses do INAMPS, retomando, num flagrante retrocesso ao processo de descentralização, tendências anteriores de centralização dos recursos. Dessa forma, entre 1987 e 1989, o Nordeste apresenta queda de participação no total de recursos transferidos pelo SUDS de 35,4% para 22%; enquanto o Sudeste aumenta-a de 33,4% para 46,8% ([6]).

Por outro lado, houve também um aumento da heterogeneidade dos recursos transferidos em termos *per capita*: os dados para 1989 indicam que as regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste recebiam valores *per capita* próximos ao dobro da média nacional, enquanto que o Sul e o Sudeste recebiam quase a metade. Houve, no entanto, no **período 1986/89** algumas importantes transformações, entre as quais se destacam ([7]):

- **as transferências federais *per capita* para os Estados e Municípios quadruplicaram em termos reais**, passando de US$ 5,76 para US$ 22,55 na média nacional;

- **todas as regiões tiveram aumentos reais de valores *per capita* transferidos**. No entanto enquanto no Sudeste esses valores praticamente decuplicaram (passando do último posto em termos de valor *per capita* transferido, com US$2,52, para o terceiro posto, com US$24,70), no Nordeste o aumento é inferior a 70% (passando do maior valor *per capita* transferido em 1986, US$10,17, para o menor valor de 1989, com US$17,04). A região Norte foi, em termos *per capita*, a mais beneficiada, passando do terceiro lugar em 1986 (com US$9,12) para o primeiro em 1989 (com US$32,79);

- as discrepâncias das transferências tendem a aumentar no período. O desvio padrão dos valores **per capita** transferidos aumenta de 11,03 em 1986 para 29,71 em 1989, quando a maior

transferência *per capita* (US$149,44 em Roraima) era quase 13 vezes maior que a menor (US$11,70 no Mato Grosso do Sul).

O SUS e o período pós-90

A chegada dos **anos 90** marca um novo (e mais acentuado, como veremos adiante) declínio no financiamento público do setor saúde. A agudização da crise econômica aliada às decisões políticas do governo federal provocaram a retração dos gastos com as políticas sociais. A política de saúde de cunho universalizante vê-se obrigada a um refluxo dramático. Em **1987**, o INAMPS chegou a receber **37%** do Fundo Previdência e Assistência Social - FPAS (acima dos 30% preconizados posteriormente pela Constituição de 1988). Em **1993**, o Ministério da Previdência - MPS deixou de repassar qualquer recurso. A quantidade bruta de recursos retornou aos trágicos níveis de 1982 ([8]).

A nosso ver, aquilo que vem sendo chamado de SUS, do início do governo Collor para cá não apenas se distancia da concepção inscrita na Constituição no âmbito da Seguridade Social, como significa, em termos concretos, enorme retrocesso quando comparado ao processo d implantação do SUDS (Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde) no período 1986/88.

No processo de desmantelamento geral da máquina pública perpetrado pelo governo Collor, o setor Saúde foi, sem sombra de dúvida, dos mais atingidos. A dramática redução dos recursos, mais visível hoje pelas suas consequencias, não foi o único problema. O retrocesso institucional, iniciado, como vimos, já em 1989, aprofundou-se. Assim, paralelamente à promulgação da Lei Orgânica da Saúde (regulamentando o respectivo capítulo constitucional), uma série de medidas, portarias e práticas administrativas distorceram a proposta original do SUS (Sistema Unificado de Saúde).

O processo de "unificação" restringiu-se à transferência do INAMPS para o Ministério da Saúde, no bojo da "reforma administrativa" do governo Collor em março de 1990. Posteriormente, em julho de 1993, o INAMPS foi extinto, passando suas funções para a Secretaria de Ações de Saúde do Ministério da Saúde. Essa mera incorporação a um ministério sabidamente "esvaziado" do ponto de vista dos recursos e do poder político, significou, na realidade, enfraquecimento do setor saúde, sobretudo do seu componente assistencial, sem precedentes desde a implantação do SINPAS (Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social) nos anos 70.

Quanto ao processo de **descentralização**, este limitou-se à substituição dos Estados pelos Municípios em termos de interlocução política e de repasse de recursos. Assim, estes passaram a ser repassados diretamente às Prefeituras Municipais através de convênios, cujos termos permitiam ampla margem de relação clientelista, agora estabelecida sem intermediários entre o governo federal e as prefeituras por ele eleitas. Isto que foi chamado de "descentralização" encobriu, na verdade, uma forte **recentralização do controle dos recursos**, cada vez mais reduzidos, destinados à saúde. Diante da ausência de critérios de transferência automática de recursos, e da presença de critérios clientelistas, a **visibilidade** desses recursos tornou-se nula, bem como a possibilidade de implementar-se alguma política mínimamente **equitativa**.

Alegando a ausência de "formas de aumentar a efetividade dos recursos" a serem repassados para Estados e Municípios, e a "ausência de mecanismos de controle e avaliação", o INAMPS

estabeleceu "novos" critérios para repassar esses 50% dos recursos aos Estados e Municípios, baseados, fundamentalmente, na produção de serviços. Tanto através das portarias 15 a 20 do Ministério da Saúde (de 8 de janeiro de 1991), como através da Norma Operacional 01/91 do INAMPS, são definidas as **novas regras do sistema de pagamento e transferência de recursos** ([9]).

Dessa forma, os **recursos para financiar as ações de saúde nos Estados e Municípios** passaram a ser **transferidos** segundo uma série de **instrumentos**, dos quais destacamos os seguintes ([10]):

- **Autorização de Internação Hospitalar (AIH)**, cujo valor é repassado diretamente à unidade de saúde, pública ou privada, após a prestação de serviços. Cada Estado ou Município passaria a ter um teto de AIH's, estabelecido pela proporção de 0,1 internação por habitante/ano, independentemente do valor das mesmas.

- **Unidade de Cobertura Ambulatorial (UCA)**. Definida pela portaria do MS no.20 de 8/1/91, a UCA representa um valor *per capita* anual, hierarquizado por grupos de Estados, de acordo com a capacidade instalada e desembolso assistencial estimado para as atividades ambulatoriais, considerando-se a qualidade e o grau de resolutividade da rede implantada ([11]).

- **Transferências Destinadas ao Investimento**, que passariam a ser repassados de duas formas: uma forma negociada, através do Programa de Investimento em Saúde (PRÓ-SAÚDE); e uma forma automática, estabelecida com o advento da Unidade de Capacitação da Rede (UCR), criada por uma reedição da Portaria 001/91 do INAMPS, em julho de 1991.

No que diz respeito aos **recursos para a assistência hospitalar,** cabe destacar que, ao contrário do período SUDS, esses recursos não são manejados diretamente pelos Estados e Municípios. Apesar de se atribuir, em tese, às Secretarias Estaduais de Saúde a definição daqueles hospitais que devem receber os pagamentos referentes às **AIH's**, estes recursos são repassados diretamente para o hospital (público ou privado) pelo governo federal, através de depósitos que são feitos em conta bancária de cada hospital. Isto faz com que os recursos para a atenção hospitalar não possam ser considerados como *transferências*, na medida em que nem os Estados nem os Municípios têm capacidade de gestão e/ou aplicação dos mesmos. Além disso, os escritórios regionais do INAMPS possuem o poder de anular ou questionar os pagamentos "suspeitos", independentemente do endosso do governo estadual. Dessa forma, esse mecanismo de transferência estabelece uma relação direta entre governo federal e estabelecimentos prestadores de serviços hospitalares, o qual, sem transparência e controle social, tem se constituído em mais um mecanismo clientelista de troca de favores.

A quantidade de AIH's a ser distribuidas mensalmente para cada Unidade da Federação, são definidas com base em um único critério: a projeção populacional, a partir da qual se define um teto de internações equivalente a 0,1 por habitante/ano. Isto trouxe, por um lado, uma redução de internações de 18,3% em 1991 com relação ao realizado em 1990. Por outro lado, vem acarretando uma série de distorções, como por ex. a redução da demanda potencial das regiões Sudeste e Sul, cujo perfil de consumo de serviços hospitalares é inteiramente diverso das demais regiões. Este perfil diferenciado é determinado por uma estrutura demográfica mais envelhecida (e portanto uma

população mais sujeita à doenças crônico-degenerativas); e concentração de hospitais com um perfil de atendimento regional, ou seja, polos de atração de populações de outras regiões. **Esta redução artificial da oferta de AIH's nessas regiões certamente contribuiu, associada à redução do volume total de recursos repassados, para a crise de enormes proporções que se abateu sobre a rede hospitalar (tanto a pública como a privada contratada).**

Outro problema é o fato de ter sido igualado o valor da AIH para hospitais públicos e privados. Sabidamente os hospitais públicos brasileiros respondem por uma demanda de muito maior complexidade (como as doenças crônico-degenerativas, os grandes traumatismos, as grandes e especializadas cirurgias, entre outras ocorrências, as quais não são cobertas pelo setor privado), o que acarreta em um maior custo. Além disso, os hospitais públicos, quando da implantação da AIH, não contavam, diferentemente dos hospitais privados, com instrumentos de informação e gerenciamento do sistema AIH, razoávelmente complexo.

Uma outra questão é o próprio valor atribuído à AIH, o qual, em termos reais, vem sofrendo perdas consideráveis. Assim, ao longo de 1991 e 1992 o valor das tabelas de pagamento do INAMPS sofreu quedas substanciais: nesse período o valor médio da AIH caiu de US$292 para US$231 (no primeiro trimestre de 1992 a AIH chegou a apenas US$180) recuperando-se um pouco no primeiro semestre de 1993, passando para US$247. Esses baixos valores, associado à inexistência de mecanismos de controle efetivos, contribuiu para a ocorrência de inúmeras fraudes ao sistema. Além dos baixos valores, o fluxo de recursos não é garantido. Assim, nos meses de maio e junho de 1993, a "crise financeira" da Seguridade Social provocou a **paralisação de cerca de 4.500 leitos hospitalares, reduzindo em 80% o atendimento hospitalar e em 60% o ambulatorial**. Apesar dos recursos tomados emprestados do FAT-Fundo de Apoio ao Trabalhador, a situação financeira do atendimento hospitalar continua precária no segundo semestre de 1993. **Para o ano de 1993 como um todo está previsto um déficit no financiamento da saúde da ordem de 3,5 bilhões de dólares** ([12]).

Com relação ao financiamento das atividades ambulatoriais e de saúde pública nos Estados e Municípios, foi criada (como vimos acima) a **UCA - Unidade de Cobertura Ambulatorial**. Definida, em conjunto com a nova sistemática de financiamento da saúde, pela Norma Operacional 01/91 do INAMPS, a UCA teve seu valor hierarquizado por grupo de Estados, segundo critérios (em tese) de população, capacidade instalada e desempenho da rede. No entanto, ao definir o valor da UCA por grupos de Unidades da Federação, não se explicita como cada um desses critérios foi utilizado em cada Estado.

Por outro lado, diferentemente da AIH, para a qual foi fixado um teto no número de autorizações mas sem limite de valor, para a UCA foi fixado um **teto em valor** *per capita* para cada Estado, **independentemente da demanda existente por serviços ambulatoriais**. O valor total a ser repassado, portanto, é calculado pela multiplicação do valor da UCA pelo total projetado para a população estadual. Essa padronização não leva em conta, portanto, as diferenças de demanda por serviços ambulatoriais de saúde entre regiões e estados (além da própria heterogeneidade encontrada

no interior dos próprios estados), as quais possuem influencia na magnitude das taxas de utilização das redes ([13]).

Outro problema gerado pela UCA, é, de um lado, a queixa de muitos Secretários de Saúde sobre o caráter regressivo do valor da UCA, na medida em que este é mais alto nos Estados que apresentam uma população com rendimentos médios mais elevados; e de outro lado, a argumentação de que o valor da UCA é diretamente proporcional à complexidade dos serviços ambulatoriais.

Do valor total repassado aos Estados para custeio ambulatorial, 30% (a partir de 1992, já que anteriormente era apenas 10%) permanece no Estado, e o restante é distribuido para os Municípios, também segundo critério populacional.

Desde sua implantação, os valores fixados como teto da UCA têm sofrido grandes flutuações em termos reais. No período de janeiro de 1991 a maio de 1992, o valor médio da UCA mensal variou entre US$ 0,69 e US$ 1,88 ([14]).

Os cortes globais no gasto em saúde, evidentemente, também afetaram o montante repassado aos Estados em função da UCA. Assim, no período 1990/91 a queda média dos valores repassados através da UCA no país foi de 7,5%. Em termos regionais o comportamento desses montantes foi contrastante: enquanto na região Sudeste houve uma **queda** da ordem de 26,8%, no Nordeste observou-se um **aumento** de 41% no mesmo período ([15]).

No Sudeste todos os estados, com exceção de Minas Gerais, sofreram queda real nesses repasses, sendo essa redução mais acentuada no Rio de Janeiro e em São Paulo. O déficit ambulatorial nestes estados tem sido, portanto, financiado pelos respectivos governos estaduais e municipais, dependendo de suas diferenciadas capacidades de financiamento (com enormes contrastes, como, por ex., entre as prefeituras do interior do estado de São Paulo e as da Baixada Fluminense no Rio de Janeiro). Já no Nordeste, somente o Piauí apresentou queda nos repasses vinculados à UCA.

Por último, a nova sistemática de financiamento do setor saúde também definiu regras para os recursos destinados ao **investimento**. Os repasses desses recursos para os Estados e Municípios era feito, inicialmente, de duas maneiras: de forma negociada, através do Programa de Investimento em Saúde - PRÓ-SAÚDE; e de forma automática, através da Unidade de Capacitação da Rede - UCR (criada na reedição da portaria 001/91 do INAMPS em julho de 1991).

Os recursos do PRÓ-SAÚDE eram repassados de forma "negociada", ou seja, com absoluta ausência de critérios claros e objetivos. Em princípio, se destinavam à construção de novas unidades. Seu montante era quase três vezes maior do que aquele repassado via UCR, destinado à aquisição de equipamentos e ampliação de unidades já existentes.

Os valores da UCR variavam entre 1% e 5% do valor mensal calculado para a cobertura das atividades ambulatoriais, de forma inversamente proporcional ao valor da UCA: aos estados que recebiam a UCA mais elevada corresponderia uma UCR de 1% sobre o valor da UCA total do Estado, enquanto que aqueles com a UCA mais baixa receberiam 5% desse valor. Seguindo esse critério, foram destinados aos Estados e Municípios, em 1991, cerca de US$ 50 milhões, montante insuficiente para equipar e manter a rede ([16]).

Em 1992, o INAMPS emitiu outra Norma Operacional Básica que redefiniu os critérios de liberação de recursos para investimento nos Estados e Municípios: o repasse passava a ser condicionado à existência de Planos Quinquenais de Investimentos, Planos Estaduais e Municipais de Saúde e Previsão de Recursos em Lei Orçamentária do Estado ou Município. Apesar da definição desses critérios, os recursos liberados para investimento em 1992 ocorreram, tal como em 1991, por solicitação de deputados e senadores, não obedecendo, na maioria das vezes, qualquer critério técnico de necessidade ou prioridade ([17]).

Conclui-se que os investimentos no setor saúde no período pós-90, tanto do ponto de vista dos seus mecanismos de repasse, como do ponto de vista do seu volume, estão longe de resolver os problemas desse importante setor social. Pelo contrário, a não continuidade nos investimentos feitos anteriormente, sobretudo no que diz respeito à manutenção de equipamentos e das instalações físicas, vem produzindo um sucateamento dos serviços de saúde sem precedentes. A paralisia completa de investimentos na extensão da rede naqueles locais ainda críticos do ponto de vista da cobertura (como as periferias das regiões metropolitanas e as áreas rurais), acarreta custo social incalculável para vastos setores da população ainda sem acesso a serviços de saúde.

Gasto público em Saúde nos três níveis de governo

Para a análise dos gastos com saúde dos governos Federal, Estadual e Municipal, utilizou-se as seguintes fontes:

- gastos federais: foram obtidos a partir dos Balanços Gerais da União, consolidados e sistematizados pela Coordenadoria de Política Social do IPEA e pela Área de Política Social do IESP/FUNDAP ([18]).

- gastos estaduais e municipais: levantamentos do Departamento de Contas Nacionais do IBGE e estatísticas da Divisão de Estados e Municípios (DIVEM) do Departamento do Tesouro Nacional do Ministério da Economia ([19]).

- transferências negociadas de recursos da União: tabulações especiais feitas para o sub-projeto "Canais de Acesso aos Fundos Públicos" ([20]).

As transferências de recursos para Estados e Municípios decorrentes de programas como as de natureza ambulatorial (UCA) ou hospitalar (AIH), foram consideradas como gastos da União, não sendo duplicados nos gastos a cargo das esferas descentralizadas de governo. Dessa forma, os gastos dos Estados e Municípios têm como origem básica as fontes de recursos próprias desses níveis de governo ([21]).

Finalmente, foram considerados como gastos de saúde aqueles destinados à prestação de serviços de assistência à saúde, bem como a supervisão e execução de atividades de erradicação e controle de endemias e apoio a populações de risco nutricional.

Gasto Federal em Saúde

Analisando a série do gasto federal em saúde que vai de 1980 a 1993 (ver Tabela abaixo), pode-se destacar as seguintes observações:

- Existem pelo menos quatro patamares de gasto no período: um primeiro, antes de 1983, que se situa em torno de 7 bilhões de dólares; um segundo, entre 1983 e 1984, que coincide com a crise econômica, que reduz esse patamar para um pouco menos de 6 bilhões de dólares; um terceiro, correspondente ao período da Nova República, mas principalmente a partir da implantação do SUDS em 1987, onde o patamar chega a 11 bilhões de dólares; e um quarto período pós-90, mas sobretudo em 1992, onde o patamar cai para 6,5 bi de dólares, inferior ao verificado no início da década.
- O gasto apresentado em 1993, último ano da série, apresenta uma **queda de -26,6%** com relação ao volume de recursos alcançado em 1989.
- Os anos de 1990, 1991 e 1992 apresentam sucessivas taxas negativas de crescimento anual, entre -16% e -17%.
- A maior taxa de crescimento anual registrada no período foi a do ano de 1987 (44,7%), e a menor a do ano de 1983 (-20%).
- Apenas a partir de 1987 o nível do gasto supera o observado no início do período, chegando ao seu ponto máximo em 1989, quando o gasto é 53,8% superior ao de 1980. Em 1992 o gasto torna a ficar inferior ao patamar do início da década, chegando a 1993 apenas 12,9% acima do mesmo.
- É também a partir de 1987 que o gasto em saúde supera a casa dos 2% do PIB, ficando entre 2,3% e 2,5% (1989). Em 1991 a proporção do PIB torna a cair, chegando a 1,67% em 1992, proporção inferior à do início da década.

Finalmente, o indicador que mais revela o baixo nível do gasto em saúde no Brasil é o **gasto federal *per capita***, entendendo que o nível federal responde pela maior parcela de recursos para o setor saúde. Os dados discrepam entre si quando calculados em US$ médios de 1992 e em US$ de 1990 (ver Nota na Tabela abaixo). Em ambas as séries, no entanto, se notam patamares em geral muito baixos, verificando-se nítida elevação nos mesmos entre 1987 e 1989 (sendo este último ano o que apresenta o maior nível de gasto *per capita* do período), voltando a apresentar queda a partir de 1990, atingindo **em 1992 o menor gasto *per capita* de todo o período**. Na série que vai até 1993, verifica-se que este último ano registra um gasto *per capita* menor (54,7 dólares) que o do início da década (61,8 dólares), sendo bastante inferior ao verificado em 1989 (80,4 dólares).

EVOLUÇÃO DO GASTO FEDERAL COM SAÚDE
BRASIL - 1980 A 1993

Em US$ médios de 1992

Anos	Gasto Federal (US$milhões)	Tx.Cr. Anual	No.Índice (1980=100)	Gasto Federal per capita (US$) (1)
1980	7.356,3	-	100,0	61,82
1981	6.846,3	-6,9	93,0	56,46
1982	7.148,3	4,4	97,1	57,86
1983	5.715,6	-20,0	77,6	45,41
1984	5.956,6	4,2	80,9	46,44
1985	6.857,3	15,3	93,2	52,47
1986	7.340,9	7,0	99,7	55,13
1987	10.624,4	44,7	144,4	78,31
1988	10.030,2	-5,5	136,3	72,56
1989	11.320,3	12,8	153,8	80,37
1990	9.451,6	-16,5	128,4	65,86
1991	7.847,0	-16,9	114,6	53,67
1992	6.571,2	-16,3	91,9	44,11
1993	8.307,6	26,4	112,9	54,73

FONTE: Balanços Gerais da União e Conta Consolidada do Gasto Social, IPEA/IPLAN.
(1) Os dados apresentados pelo IPEA em US$ de 1990 (ver Médici e Oliveira,1992), até 1990, resultam numa série bem diferente de gasto per capita, com valores em US$ bem mais reduzidos: 1980=42,51; 1981=39,30; 1982=39,75; 1983=31,76; 1984=32,36; 1985=36,11; 1986=37,57; 1987=53,98; 1988=49,57; 1989=55,92; 1990=45,65.

Em **1993**, ficou estabelecido que recursos equivalentes a 15,5% da arrecadação da contribuição de empregados e empregadores seriam transferidos para a área da saúde. Nesse ano, tendo em vista o "desrepresamento" dos novos benefícios e direitos previdenciários ([22]), o então Ministro Antônio Britto deixou, a partir de maio, de realizar os repasses devidos para a área da Saúde. Tal situação aprofundou ainda mais o quadro de precariedade financeira do setor, tornando-o dependente da disponibilidade de caixa do Tesouro Nacional e da política de contenção de gastos do governo federal. Em algumas oportunidades, a liberação de verba para a Saúde só foi possível mediante a decretação de calamidade pública no setor. A "escolha política" que foi feita, portanto, foi de apresentar uma situação financeira relativamente estável na esfera previdenciária, deixando que a opinião pública considerasse que a crise estava centrada na área da Saúde.

Atualmente, a partir da alegada problemática financeira da Previdência Social e a criação do assim chamado Fundo Social de Emergência-FSE ([23]) torna-se ainda menos provável que a Saúde possa contar, durante 1994, com um volume adequado de recursos para fazer frente a suas necessidades. Somente a partir do recente acordo entre o Ministério da Economia e Fazenda e o Ministério da Saúde, quando ficaram garantidos fundos mensais equivalentes a US$ 500 milhões para os últimos quatro meses de 1994, o Ministério recuperou um certo "equilíbrio financeiro". Quanto ao impacto do Fundo Social de Emergência, é preciso lembrar, antes de tudo, que não se trata de um fundo social. Sua criação teve como único objetivo desvincular os recursos constitucionalmente

destinados para as áreas sociais, permitindo, assim, que o governo alcançasse uma maior flexibilidade de alocação dos recursos. Por outro lado, as primeiras informações relativas à destinação dos recursos do FSE indicam que é intenção do governo utilizá-los para tentar garantir o equilíbrio de suas contas, sendo provável, inclusive, que os use para pagamento de juros. Por outro lado, tendo em vista que o FSE tem validade para os anos 1994/95, sua criação prejudica a continuidade de programas cuja a aplicação, necessariamente, extrapola um exercício em função de sua natureza. Além disso, ao "engessar" as fontes de custeio da saúde, retira a possibilidade de fazer reformas nas bases de financiamento do setor, como uma eventual especialização das fontes Contribuição sobre o Lucro e COFINS à saúde ou uma vinculação de percentual fixo do Orçamento da Seguridade.

Frente à essa situação, o aumento de US$ 9,5 bilhões ([24]) para 10,5 bilhões ([25]) pode aparentemente significar uma maior disponibilidade no volume de recursos para a Saúde. É preciso lembrar, no entanto, que US$ 1,0 bilhão já está comprometido com o pagamento do empréstimo realizado junto ao Fundo do Amparo ao Trabalhador.

Gastos Estadual e Municipal em Saúde

O gasto **Estadual** em Saúde no Brasil apresentou o seu maior patamar em 1986, chegando a quase 2 bilhões de dólares, um nível 17% acima do verificado em 1980. Em compensação, em 1987 e 1988 sofrem a sua maior queda: cai, em 1987, 54 pontos percentuais com relação ao ano anterior, chegando a representar pouco mais da metade do gasto em 1980; e apresenta comportamento negativo em 1988 (ver nota em Tabela abaixo). Esse movimento de queda do gasto estadual em 1987 e 1988 corresponde a um movimento de elevação das transferências federais para os Estados.

Em movimento inverso, em 1990 o gasto estadual compensa a queda no gasto federal, com um crescimento anual de quase 40% em relação ao ano anterior (não alcançando, no entanto, o nível de 1986).

A partir de 1991 verifica-se uma tendência de queda, com taxas negativas de crescimento até 1993. Este ano foi, depois de 1987 e 1988, o ano que registrou menor nível de gasto estadual, representando apenas 75% do gasto efetuado em 1980. O problema da queda pós-91 é que, neste último período, **não** acontece um movimento complementar compensatório das transferências federais: pelo contrário, estas últimas também apresentam uma diminuição desde 1990.

EVOLUÇÃO DO GASTO ESTADUAL COM SAÚDE
BRASIL - 1980 A 1990

Em US$ milhões médios de 1992

Anos	Gasto Total	Crescimento Anual	Índice(1980=100)
1980	1.666,3	-	100,0
1981	1.560,1	-6,3	93,6
1982	1.379,0	-11,6	82,7
1983	1.291,0	-6,3	77,5
1984	1.470,0	13,8	88,2
1985	1.553,6	5,6	93,2
1986	1.962,9	26,3	117,7
1987	906,4	-53,8	54,3
1988	-59,0*	-	-
1989	1.159,2	-	69,5
1990	1.621,1	39,8	97,2
1991**	1.383,5	-14,6	83,0
1992**	1.342,7	-2,9	80,5
1993***	1.255,6	-6,4	75,3

FONTE: IPEA/CPS e Área Social do IESP/FUNDAP.
* Os gastos estaduais foram inferiores às transferências federais, resultando num gasto estadual líquido negativo.
** Estimativas baseadas nos dados da DIVEM/STN/MF, relativa às taxas de crescimento associadas aos gastos estaduais e municipais com a função saúde e saneamento.
*** Estimativas baseadas na taxa de crescimento da arrecadação dos principais impostos dessas esferas de governo.

Destaca-se dois movimentos básicos na evolução do **gasto municipal** em Saúde no período 1980/93 (ver Tabela abaixo). O primeiro, é a nítida mudança no patamar de gasto a partir de 1988, ano das reformas constitucional e tributária que provocam o aumento da arrecadação dos Municípios. É interessante assinalar que, pelo menos no caso da saúde, esse aumento da receita redundou num aumento de gasto.

O segundo momento é a partir de 1991, onde o novo aumento do gasto municipal apresenta movimento nitidamente compensatório à redução do gasto federal. Apesar das taxas negativas de crescimento anual verificadas em 1992 e 1993, o gasto municipal chega ao final do período ainda superior ao observado em 1988 e duas vezes e meia superior ao de 1980.

EVOLUÇÃO DO GASTO MUNICIPAL COM SAÚDE
BRASIL - 1980 À 1990 (1)

Em US$ milhões médios de 1992

Anos	Gasto Total	Crescimento Anual	Índice(1980=100)
1980	687,3	-	100,0
1981	641,7	-6,6	93,3
1982	755,1	17,7	109,8
1983	632,1	-16,2	91,9
1984	728,5	15,1	105,9
1985	827,5	13,5	120,3
1986	1.061,7	28,2	154,4
1987	982,2	-7,4	142,9
1988	1.535,0	56,3	223,4
1989	1.500,3	-2,2	218,3
1990	1.430,4	-4,6	208,1
1991*	1.787,3	24,9	260,1
1992*	1.783,1	-0,2	259,5
1993**	1.667,4	-6,5	242,6

FONTE: IPEA/CPS e Área Social do IESP/FUNDAP
(1) Ótica da origem dos recursos
* Estimativas baseadas nos dados da DIVEM/STN/MF, relativa às taxas de crescimento associadas aos gastos estaduais e municipais com a função saúde e saneamento.
** Estimativas baseadas na taxa de crescimento da arrecadação dos principais impostos dessas esferas de governo.

Gasto Público em Saúde nas três esferas de governo

Quando se analisa a participação do **gasto federal** no **total do gasto em saúde** (somatório dos gastos federal, estadual e municipal - ver Tabela abaixo), constata-se que a mesma situou-se, em média, entre 70% e 75% no período (incluídos o gasto direto e as transferências).

Os anos de 1987, 1988 e 1989 foram aqueles que apresentaram proporções acima da média, situando-se o gasto federal acima de 80% do gasto total. No outro extremo, o ano de 1992 foi aquele cuja participação do gasto federal no gasto total - 67,76% - foi a menor de todo o período analisado.

Um dos indicadores mais sensíveis para analisar o comportamento do gasto em saúde é o **gasto público total *per capita***, ou seja, o que se gastou por habitante somados os gastos nos três níveis de governo. Após um movimento contínuo de queda até 1984, o gasto público *per capita* em saúde começa a recuperar-se em 1985, chegando ao pico máximo em 1989, com 99 dólares *per capita*, reiniciando uma queda, cujo **patamar mínimo se dá em 1992, quando gastou-se apenas 65 dólares por habitante em saúde no Brasil**. Após três anos de sucessivas quedas (1990, 1991 e 1992) verifica-se ligeira recuperação em 1993 do gasto *per capita*, o qual, no entanto, não alcança sequer o nível de 1991, representando 90% do gasto em 1980 e apenas 74% do de 1989. Ou seja, a

exceção do período entre 1987 e 1990, o gasto *per capita* em saúde nos demais anos foi menor que o verificado em 1980, início do período em análise.

GASTO PÚBLICO COM SAÚDE NAS TRÊS ESFERAS DE GOVERNO
BRASIL - 1980 A 1993

Em US$ milhões médios de 1992

Anos	Total	Federal/ Total (%)	Total per capita (US$)	Total per capita No.índ. (%)	Tx.cres. (%)
1980	9.709,9	75,76	81,59	100,0	-
1981	9.048,1	75,66	74,62	91,4	-8,54
1982	9.282,4	77,01	75,13	92,1	0,68
1983	7.638,7	74,82	60,68	74,4	-19,23
1984	8.155,1	73,03	63,58	77,9	4,77
1985	9.238,4	74,22	70,69	86,6	11,18
1986	10.365,6	70,81	80,03	98,1	13,21
1987	12.513,0	84,90	92,23	113,0	15,24
1988	11.506,2	87,17	83,24	102,0	-9,7
1989	13.979,8	80,98	99,26	121,6	19,24
1990	12.503,1	75,58	87,13	106,8	-12,22
1991*	11.017,8	71,22	75,38	92,4	-13,48
1992*	9.697,7	67,76	65,11	79,8	-13,62
1993**	11.230,6	73,97	74,02	90,7	13,68

FONTE: IPEA/CPS e Área Social do IESP/FUNDAP.
* Estimativas baseadas nos dados da DIVEM/STN/MF, relativa às taxas de crescimento associadas aos gastos estaduais e municipais com a função saúde e saneamento.
** Estimativas baseadas na taxa de crescimento da arrecadação dos principais impostos dessas esferas de governo.

Para fechar esta análise do gasto em saúde a nível nacional, cabe lembrar que as médias apresentadas ocultam a distribuição desse gasto do ponto de vista regional. Ao reduzir-se de forma linear o gasto federal, responsável pelo financiamento de mais de 70% do setor, os estados e municípios ficam entregues à própria sorte, ou seja, às suas reais possibilidades de arrecadar recursos. Dadas as enormes diferenças entre os mesmos do ponto de vista do perfil epidemiológico e da capacidade de resposta dos respectivos setores de saúde (rede física instalada e equipada, cobertura dos serviços, capacidade técnico-administrativa e recursos humanos disponíveis), o impacto desse corte federal de recursos é bastante desigual e regressivo. Ou seja, essa retração nos recursos federais reforça a sinergia perversa existente entre a magnitude das necessidades de saúde e a escassez de recursos para fazer face às mesmas, ambas determinadas por situações de pobreza.

Indicadores de Desempenho do Setor Saúde

A segunda metade da década de 70 registra acentuado crescimento da oferta de serviços médico-assistenciais, impulsionado pelos instrumentos de financiamento do investimento - o Fundo de Ação Social,FAS -, pela facilitação de suas portas de entrada através do PPA (Plano de Pronto Atendimento), e, sobretudo, pela relativa folga na destinação dos recursos.

Na década de 80 também se registra aumento no número de estabelecimentos de saúde. Nesse período o número de estabelecimentos no Brasil quase dobrou, com crescimentos diferenciados por região: a região Norte apresenta um crescimento bem superior à média nacional, seguida pelas regiões Nordeste e Sul. Em termos de participação no total, o Sudeste, que detinha em 1980 quase 41% dos estabelecimentos, reduz para 36% essa participação em 1990. Já o Norte amplia sua participação de 4% para 7% no mesmo período. O Nordeste mantém seu segundo lugar, aumentando sua participação de 29,3% par 30,7%. (Ver Tabela abaixo)

ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE SEGUNDO GRANDES REGIÕES
BRASIL - 1980 A 1990

ANOS	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste	BRASIL
1980	784	5.425	7.532	3.563	1.185	18.489
%	4,24	29,34	40,74	19,27	6,41	100,00
1982	943	6.559	10.186	4.247	1.379	23.314
%	4,04	28,13	43,69	18,22	5,91	100,00
1984	1.593	8.384	10.982	4.860	1.733	27.552
%	5,78	30,43	39,86	17,64	6,29	100,00
1986	1.970	9.546	11.443	5.891	2.022	30.872
%	6,38	30,92	37,06	19,08	6,55	100,00
1988	2.224	10.182	12.332	6.689	2.205	33.632
%	6,61	30,27	36,67	19,89	6,55	100,00
1990	2.654	10.971	12.895	7.166	2.195	35.701
%	7,43	30,73	36,12	20,07	6,15	100,00

FONTE: IBGE, Estatísticas da Saúde - Assistência Médico-Sanitária,1990

O crescimento no número de **estabelecimentos de saúde** também se dá de forma diferenciada por tipo de entidade mantenedora. Dessa forma os **estabelecimentos públicos**, já em número superior no início da década, crescem bem mais (137%) do que os **privados** no período (40%). Por outro lado, esse crescimento ocorre mais por conta dos estabelecimentos **sem internação** (que crescem 129% no período), e do **setor público** (com uma elevação de 147%). Aqueles **com internação** , apesar de apresentar um crescimento proporcional bem superior no **setor público** (67% versus 7% no setor **privado**), continuam, ao final da década, em número muito maior no setor **privado** (ver Tabelas abaixo).

ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE POR CLASSIFICAÇÃO DA ENTIDADE MANTENEDORA - BRASIL - 1980 a 1990

Anos	Privados			Públicos			Total		
	No.	No.índ.	Tx.cr.	No.	No.índ.	Tx.cr.	No.	No.índ.	Tx.cr.
1980	8444	100	-	10045	100	-	18489	100	-
1981	8147	96	3,5	13615	135	35,5	21762	118	15,4
1982	8386	99	2,9	14928	148	9,6	23314	126	7,1
1983	8902	105	6,1	16749	167	12,2	25651	139	10,0
1984	9189	109	3,2	18363	183	9,6	27552	149	7,4
1985	11895	141	29,4	17076	170	-7,0	28972	156	5,1
1986	12082	143	1,6	18790	187	10,0	30872	167	6,6
1987	12276	145	1,6	20174	201	7,4	32450	175	5,1
1988	12160	144	-0,9	21472	214	6,4	33632	182	3,6
1989	12125	143	-0,3	22706	226	5,7	34831	188	3,6
1990	11843	140	-2,3	23858	237	5,1	35701	193	2,5

FONTE: IBGE - Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária - 1980 a 1990

ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE, POR REGIME DE ATENDIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DA ENTIDADE MANTENEDORA DO ESTABELECIMENTO - BRASIL - 1980/90

Anos	Com internação			Sem internação		
	Total	Público	Particular	Total	Público	Particular
1980	6110	1217	4893	12379	8828	3551
1981	6342	1322	5020	15420	12293	3127
1982	6495	1400	5095	16819	13528	3291
1983	6680	1450	5230	18971	15299	3672
1984	6861	1547	5314	20691	16816	3875
1985	6678	1469	5209	22294	15607	6687
1986	6920	1595	5325	23952	17195	6757
1987	7062	1703	5359	25388	18471	6917
1988	7121	1821	5300	26511	119651	6860
1989	7127	1889	5238	27704	20817	6887
1990	7280	2034	5246	28421	21824	6597

Fonte: FONTE: IBGE - Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária, 1980 a 1990

Em **1990**, mais da metade dos **hospitais** (60%) possuem até 50 leitos, ou seja, são de pequeno porte. Isto ocorre tanto para os hospitais **públicos** - onde 72% têm até 50 leitos - como para os **privados** - com 56% dos estabelecimentos com menos de 50 leitos. No entanto, o predomínio maior dos hospitais particulares se dá nos grupos de médio (de 51 a 150 leitos) e de grande porte (mais de 150 leitos).

NÚMERO DE HOSPITAIS SEGUNDO O PORTE - BRASIL - 1990

No.de Leitos	Vínculo	No. de Hospitais
Até 50 leitos	Público	1.366
	Particular	2.912
	Total	4.278
De 51 a 150 leitos	Público	339
	Particular	1.629
	Total	1.968
151 leitos e +	Público	184
	Particular	659
	Total	843
TOTAL	Público	1.889
	Particular	5.200
	Total	7.089

FONTE: IBGE, in Levcovitz,1993.

Ao tomarmos por base o parâmetro indicado pela OMS-Organização Mundial da Saúde, 5 leitos por mil habitantes = 100%, a distribuição por Unidade Federada em 1990 dava-se da seguinte forma ([26]):

. Insuficiente (abaixo de 50%): toda a região Norte, a exceção de Acre e Roraima; os estados da Bahia e Piauí;
. Precário (entre 50% e 75%): Acre, Roraima, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Distrito Federal, Maranhão, Ceará, Rio Grande do Norte, Pernambuco, Alagoas, Sergipe, Espírito Santo e Santa Catarina.
. Próximo ao parâmetro (entre 76% e 100%): Paraíba, Minas Gerais, São Paulo, Paraná e Rio Grande do Sul.
. Acima do parâmetro: Rio de Janeiro e Goiás.

A distribuição por Capitais e Regiões Metropolitanas é a seguinte:
. Precário: Rio Branco, Boa Vista, Macapá, Cuiabá, Campo Grande. RM de Belém, RM de Belo Horizonte e RM de São Paulo.
. Próximo ao parâmetro: Florianópolis. RM de Porto Alegre, RM de Curitiba, RM de Salvador e RM de Recife.
. Acima do parâmetro: São Luís, Teresina, Natal, João Pessoa, Maceió, Aracajú, Vitória e Goiânia. RM do Rio de Janeiro.

A grande maioria dos Estados encontravam-se em situação precária ou insuficiente do ponto de vista da oferta de leitos hospitalares. Por outro lado, a grande maioria das Capitais situavam-se próximas ou acima do parâmetro da OMS, indicando claramente a concentração dos recursos nas mesmas. Já as RM encontram-se em situação mais precária, situando-se todas, menos a do Rio de Janeiro, abaixo do parâmetro estabelecido. Ressalte-se que a RM do Rio de Janeiro encontra-se acima do parâmetro de 5 leitos /mil habitantes graças à capital, onde se concentram mais de 80% dos recursos em saúde ([27]); ou seja, na realidade os recursos são muito mal distribuídos, sendo escassos

sobretudo na periferia da Região Metropolitana. Cabe destacar ainda a situação de precariedade das Regiões Metropolitanas de Belo Horizonte e de São Paulo ([28]).

De modo geral, entre 1976 e 1990, há um decréscimo na oferta de **leitos por mil habitantes**: no setor **público** essa proporção passa de 1,11 para 0,87, enquanto que no setor **privado** cai de 3,02 para 2,85 (ver Tabela abaixo).

LEITOS POR MIL HABITANTES EM ESTABELECIMENTOS PÚBLICOS E PARTICULARES - BRASIL - 1976 À 1990

Anos	Públicos			Particulares		
	No.	No.índice	Tx.cresc.	No.	No.índice	Tx.cresc.
1976	1,11	100,0	-	3,02	100,0	-
1977	1,10	99,1	-0,90	3,03	100,3	0,33
1978	1,10	99,1	0,00	3,11	102,9	2,64
1979	1,02	91,8	-7,27	3,20	105,9	2,89
1980	1,03	92,8	0,98	3,26	107,9	1,87
1981	1,03	92,8	0,00	3,29	108,9	0,92
1982	1,04	93,7	0,97	3,27	108,3	-0,61
1983	1,01	90,1	-2,88	3,24	107,3	-0,92
1984	1,00	90,0	-0,99	3,21	106,3	-0,92
1985	1,05	94,6	5,00	3,02	100,0	-5,92
1986	0,86	77,5	-18,09	2,99	99,0	-0,99
1987	0,85	76,6	-1,16	2,98	98,7	-0,33
1988	0,87	78,4	2,35	2,94	97,4	-1,34
1989	0,85	76,6	-2,29	2,86	94,7	-2,72
1990	0,87	78,4	2,35	2,85	94,4	-0,35

FONTE: IBGE - Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária - 1976 a 1990

Com a crise do início dos anos 80, houve desaceleração, e mesmo retrocesso, sobretudo no período 1982/84. Como resultado das políticas contracionistas adotadas pelo Governo Federal, sobretudo a partir de 1982, o **número de internações *per capita*** cai acentuadamente na primeira metade dos anos 80 ([29]). No entanto, a partir de 1987, verifica-se um crescimento constante no número global de **internações hospitalares** mensuradas através das **AIHs** (Autorização de Internação Hospitalar) até início dos anos 90. Enquanto o número de AIHs cresce 58% entre 1984 e 1992, a despesa total com as mesmas se eleva em 345% O valor médio da AIH cresce 191% no mesmo período (ver Tabela abaixo). É importante lembrar que esse aumento de despesa se reflete mais no setor privado que é o grande "consumidor" de AIHs no país.

MS/INAMPS: NÚMERO DE INTERNAÇÕES HOSPITALARES (AIHs) E RESPECTIVA DESPESA BRASIL - 1984 A 1992

ANO	INTERNAÇÕES HOSPITALARES (AIH)		
	No.(em mil AIHs)	Despesa	
		Total(US$ mil)	Por AIH(US$)
1984	9.616,6	840,5	84,70
1985	8.485,2	741,1	87,37
1986	8.894,6	899,3	100,03
1987	10.275,8	1.507,2	146,68
1988	11.927,4	1.912,2	160,32
1989	12.193,6	2.800,3	229,65
1990	12.562,8	2.905,7	231,29
1991	14.412,0	3.532,8	245,12
1992(*)	15.170,2	3.744,0	246,80

FONTE: DATAPREV, in Vianna e Médici, 1992.
(*) Estimativa, considerando o número de internações no segundo semestre igual ao observado no primeiro, bem como o crescimento da despesa média por AIH de 2,8% ao mês a partir do valor da AIH de junho (US$ 252).

Apesar do crescimento do número de internações hospitalares na segunda metade dos anos 80, no início dos anos 90 existia uma capacidade ociosa média em termos de internações do SUS da ordem de 31,7%. Especialidades como Pediatria e Obstetrícia apresentavam, em 1991, quase a metade de sua capacidade potencial de internação ociosa. As exceções correm por conta dos setores de Clínica Médica (com quase toda a sua capacidade ocupada) e Psiquiatria (que supera sua capacidade potencial). O setor Filantrópico foi o que mais ocupou sua capacidade de internação (com 81% de utilização), seguido do setor Privado (com 73%). O setor Público ocupou apenas a metade de sua capacidade potencial em 1991, com destaque para a baixíssima utilização da Pediatria (36%), setor considerado crítico em matéria de hospitalização (ver Tabela abaixo).

Certamente existe uma multiplicidade de fatores capazes de explicar essa baixa utilização da capacidade instalada de internação no setor público. O mais importante deles, no entanto, foi a redução no gasto com a rede hospitalar pública, tanto em termos de investimento, como em manutenção e custeio (pessoal e material), provocando um sucateamento nessa rede, visível hoje pelo tamanho da crise no setor. Essa redução nas despesas também se expressa no decréscimo da oferta de leitos vista acima. Além disso, como os dados de utilização estão expressos em médias nacionais, certamente escondem diferentes realidades regionais.

UTILIZAÇÃO DA CAPACIDADE POTENCIAL DE INTERNAÇÃO NO SUS
POR SETOR E POR ESPECIALIDADE
BRASIL - 1991

ESPECIALIDADE	% de utilização (no.AIHs pagas /capacidade de internação)			
	Público	Privado	Filantr.	Total
Cirurgia	40,7	57,0	71,7	56,4
Obstetricia	48,9	51,8	61,0	53,9
Clínica Médica	55,1	98,0	108,3	90,5
Pediatria	35,8	52,8	58,1	48,4
Psiquiatria	94,5	174,2	162,6	153,7
TOTAL	47,7	72,9	81,1	68,3

FONTE: IBGE, in Levcovitz, 1993.

Essa diferenciação regional se expressa nos dados constantes da Tabela abaixo, tanto na oferta de **leitos** por mil habitantes como na de **consultas** por habitante. É visível a concentração tanto de leitos como de consultas nas regiões Sudeste, Centro-Oeste e Sul. A maior oferta de **leitos** se encontra no Centro-Oeste, bem como a maior proporção de leitos públicos, devido ao peso do Distrito Federal. Em todas as regiões, porém, predominam os leitos privados (ver Tabela abaixo).

Em termos de oferta de **consultas**, o predomínio do setor público é geral, com exceção da região Sudeste, onde a proporção de consultas privadas é ligeiramente superior à de consultas públicas.

LEITOS POR MIL HABITANTES E CONSULTAS MÉDICAS POR HABITANTE
EM ESTABELECIMENTOS PÚBLICOS E PARTICULARES
GRANDES REGIÕES - BRASIL - 1990

Regiões	Leitos por mil habitantes			Consultas por habitante		
	Públicos	Privados	Totais	Públicas	Privadas	Totais
Norte	0,94	1,18	2,12	0,72	0,29	1,01
Nordeste	0,88	2,05	2,93	0,84	0,55	1,39
Sudeste	0,85	3,36	4,21	1,40	1,50	2,90
Sul	0,73	3,46	4,19	1,21	0,91	2,12
C.-Oeste	1,18	3,34	4,52	1,31	0,97	2,28
BRASIL	0,87	2,85	3,72	1,14	1,01	2,15

FONTE:IBGE - Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária - 1990

A proporção **consultas médicas por habitante** cresce de 2,09 em 1985 para 2,15 em 1990. Este crescimento se deve ao Setor Público, o qual registra um aumento de 2,5% nas consultas. O setor privado, por sua vez, apresenta uma redução de três pontos percentuais nesse mesmo período. Note-se as taxas de crescimento positivas no Setor Público a partir de 1986, sobretudo no ano de 1988 (quando as consultas públicas se elevaram em 20%), configurando uma tendência de crescimento até o final do período, apesar da inflexão no ano de 1989 (ver Tabela abaixo).

A política de **descentralização** proposta pelas Ações Integradas de Saúde encontra respaldo efetivo na nova administração do INAMPS a partir de 1985, sendo reforçada com o advento do SUDS em 1987 (como foi visto acima). Essa política repercute numa expansão sem precedentes na capacidade instalada pública a nível dos Municípios. Dois elementos são considerados cruciais para o êxito dessa política: a decisão política do governo central, com alocação de meios para investimento e, sobretudo, garantias de custeio, aliada à execução descentralizada pelas Prefeituras Municipais e sob coordenação dos Estados. Essa política permitiu que, no prazo de cinco anos, mais quarenta milhões de consultas médicas fossem produzidas ([30]).

CONSULTAS MÉDICAS POR HABITANTE EM ESTABELECIMENTOS PÚBLICOS E PARTICULARES - BRASIL - 1985 A 1990

Anos	Est.Públicos	Est.Particulares	TOTAL
1985			
No.	1,05	1,04	2,09
No.índice	100,0	100,0	100,0
Tx.cresc.	-	-	-
1986			
No.	1,07	1,07	2,14
No.índice	101,9	102,8	102,4
Tx.cresc.	1,90	2,88	2,39
1987			
No.	1,09	1,08	2,17
No.índice	103,8	103,8	103,8
Tx.cresc.	1,87	0,93	1,40
1988			
No.	1,31	1,06	2,37
No.índice	124,7	101,9	113,4
Tx.cresc.	20,18	-1,85	9,21
1989			
No.	1,10	0,95	2,05
No.índice	104,7	91,3	98,1
Tx.cresc.	-16,03	-10,37	-13,50
1990			
No.	1,14	1,01	2,15
No.índice	108,5	97,1	102,8
Tx.cresc.	3,63	6,31	4,87

FONTE: IBGE - Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária - 1985 a 1990.

Finalmente, ao longo dos anos 80 houve uma mudança importante no **perfil de morbi-mortalidade** da população brasileira, que se reflete sobre o padrão de utilização dos serviços. As

doenças infecciosas e parasitárias, responsáveis por 8,55% dos óbitos em 1980, passam a representar 5,52% dos mesmos em 1989. As doenças cardiovasculares subiram de 25,63% para 28,05% como causas de morte, e as causas externas (que incluem acidentes e violências) subiram de 9,58% para 12,54%. Para tal perfil há uma correspondente distribuição dos gastos do setor, a exceção do grupo de causas ligado ao Parto (ver Tabela abaixo).

PROPORÇÃO DE INTERNAÇÕES E GASTOS POR GRANDES GRUPOS DE CAUSAS - MS (AIHs) - BRASIL, 1991.

Grupo de Causa	Internação (%)	Gastos (%)
Infecciosas	9	8
Circulatórias	11	16
Respiratórias	15	15
GenitoUrinárias	8	13
Parto	23	8
Mentais	7	7
Outras	27	33

FONTE: MS-Ministério da Saúde, in Noronha e Levcovitz,1994,p.105.

(1)ver MÉDICI,A.C. "Aspectos Federativos das Políticas de Saúde no Brasil: Canais Regionais de acesso e mecanismos de financiamento", relatório do projeto de pesquisa "Balanço e Perspectivas do federalismo fiscal no Brasil", sub-projeto "Canais de acesso aos fundos públicos na área social", IESP/FUNDAP, São Paulo, outubro de 1993.
(2) NORONHA,J.C. e LEVCOVITZ,E.,1994,p.102.
(3) Exposição de Motivos no. 031 de 10 de julho de 1987, assinada pelos Ministros da Saúde (Roberto Santos) e da Previdência e Assistência Social (Raphael de Almeida Magalhães), publicada no Diário Oficial de 21 de julho de 1987, seção 1, p.11.505; in ibid.p.19.
(4) Decreto 94.657 de 20 de julho de 1987.
(5) Médici, op.cit., p.21 e 22.
(6) ibid.p.39.
(7) ver ibid.p.39-40
(8) Noronha e Levcovitz, op.cit., p.105.
(9) Essas normas, segundo Carvalho e Santos, 1992, têm de ser revistas, pois desnaturam o Sistema Único de Saúde, por não observarem os seus princípios básicos. E por não se conformarem aos ditames da Lei Orgânica de Saúde, não poderão ser consideradas como normas complementares da LOS. Esses atos administrativos são reflexo de uma política recentralizadora adotada pelo Ministério da Saúde, que tem resistido ao cumprimento do imperativo constitucional da descentralização das apões e serviços de saúde. As principais ilegalidades que esses atos encerram são: centralização no INAMPS dos recursos destinados aos Estados e Municípios;
exigência do MS/INAMPS de celebração de convênio para repasse dos recursos; recursos do SUS fora do Fundo Nacional de Saúde; remuneração dos hospitais públicos pelo critério da produção (tabela de procedimentos); exigência de celebração de convênio para cessão dos bens do INAMPS; e fixação de modelo padrão de contrato de prestação de serviços a ser celebrado pelos Municípios e Estados com o setor privado prestador de serviços (ver ibid.p.197 e 198).
(10) ver Anais do "Io. Encontro Nacional de Economia da Saúde",ABrES-Associação Brasileira de Economia da Saúde, SP, 1994, p.48.
(11) Segundo a Norma Operacional 01/91 de janeiro de 1990 do INAMPS "A UCA será fixada através de resolução do Presidente do INAMPS/MS, considerando a classificação dos estados dentro dos seguintes critérios: população, capacidade instalada, qualidade e desempenho técnico da rede de serviços de saúde e consideração de casos atípicos" (ibid.p.49).
(12) Ibid.p.59.
(13) ver Medici,A.C. e Campos,M.R., "Brasil: padrões de morbidade e utilização de Serviços de Saúde", Relatórios Técnicos da ENCE/IBGE, no.9, RJ, 1992.
(14) Médici, 1993a, p.62.
(15) Ibid.p.63.
(16) Ibid.p.67.
(17) Ver, a esse respeito, OLIVEIRA,J.M., "Problemas Atuais e Propostas para revisão do financiamento do Sistema Único de Saúde no Brasil", texto apresentado na 9a.Conferência Nacional de Saúde em Brasília em outubro de 1992; in ibid.p.67.
(18) ver Piola,S.F., "Gasto Federal em Áreas Sociais: resultados de 1992". Texto preparado para o IESP/FUNDAP, mimeo, junho de 1993.
(19) Esses dados foram sistematizados por Marcos C.N.P.Maciel para o projeto "Estrutura e Evolução dos Gastos Sociais dos Governos Estadual e Municipal no Brasil", desenvolvido na Área de Políticas Sociais do IESP/FUNDAP.
(20) Sub-projeto desenvolvido no âmbito do projeto "Federalismo Fiscal no Brasil" do IESP/FUNDAP.
(21) Considera-se como fontes de recursos próprios dessas esferas de governo aquelas oriundas da arrecadação de tributos de sua competência específica, mais as transferências constitucionais, como os Fundos de Participação dos Estados e Municípios. Ver Médici, op.cit.
(22) Embora a lei relativa aos benefícios previdenciários tenha sido sancionada pelo presidente da República em julho de 1991 e regulamentada em dezembro desse ano, a concessão dos novos direitos foi "represada" durante quase todo o ano de 1992, apresentando seus impactos durante 1993.
(23) ver análise específica sobre o **Fundo Social de Emergência**, no item 5 deste capítulo.
(24) Este valor foi o efetivamente gasto em saúde durante 1993 de acordo com a Fazenda, já que o Ministério da Saúde afirma que o gasto foi de apenas US$ 7,5 bilhões.
(25) Volume de recursos previsto para a área da saúde em 1994 na proposta final de orçamento enviada para o Congresso.
(26) ver Censo Demográfico de 1991 (Resultados Preliminares) e Estatísticas da Saúde - AMS, 1990.
(27) A fonte consultada (IBGE) não apresenta a situação da capital do Rio de Janeiro.
(28) Idem para São Paulo e Belo Horizonte capitais.
(29) Noronha e Levcovitz, op.cit., p. 98.
(30) ibid. p.101.

CAPÍTULO II: (CONT.)

6. As Políticas Setoriais da Seguridade Social

6.2 - Previdência Social

A Previdência Social nos anos 80

Na década de 80, no período anterior à promulgação da Constituição de 1988, o sistema previdenciário brasileiro apresentava, em síntese, os seguintes problemas:

- inexistência de um Plano Único para todos os segurados, com diferenças marcantes entre os regimes urbano e rural quanto ao elenco de benefícios, critérios de concessão e formas de cálculo dos valores;

- diferenças de tratamento entre as várias categorias de contribuintes no interior de cada regime;

- os valores dos benefícios relativos aos riscos sociais básicos - doença, invalidez, velhice, morte e desemprego - foram de tal forma corroídos durante a década que se tornaram incompatíveis com a cobertura mínima desses riscos;

- profunda regressividade na concessão de benefícios - como salário família, auxílio natalidade, auxílio funeral e auxílio doença - para pessoas de baixa renda;

- regressividade na relação valor do benefício e salário de contribuição;

- redução considerável do volume e dos valores pagos dos benefícios relacionados com acidentes e doenças do trabalho (riscos já sub-notificados).

- as aposentadorias representavam cerca da metade do número e das despesas com benefícios.

- os valores médios das aposentadorias sofreram redução de quase 50% na década, sendo que a Aposentadoria por Tempo de Serviço teve seu valor médio ainda mais reduzido.

População vinculada e Sistemas de Previdência

Em 1983, cerca de 78% da população brasileira era vinculada a algum tipo de sistema previdenciário, ou seja, contribuia ou era dependente de quem contribuia para algum tipo de sistema de seguro. Desta população vinculada, 95% pertencia ao SINPAS-Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (ver Tabelas abaixo).

A análise da vinculação por situação de domicílio permite verificar que a cobertura previdenciária nas áreas urbanas chegou a 81% da população em 1983, caindo para 66% nas áreas rurais. Esta cobertura é bem superior, como vimos, à média latinoamericana, que não chega a 50% quando se exclui o Brasil.

Depois do SINPAS, situado bem distante, o segundo tipo de sistema previdenciário que maior número de pessoas vinculadas apresentava em 1983 era o Sistema Estadual de Previdência, com pouco mais de 3%. Note-se que nesse ano apenas 0,12% do total de pessoas ligadas a algum tipo de seguro previdenciário estava vinculada ao sistema privado.

PESSOAS COM INDICAÇÃO DE VINCULAÇÃO A SISTEMAS DE PREVIDÊNCIA POR SITUAÇÃO DE DOMICÍLIO (1) - BRASIL - 1983

Área de domicílio	Com vinculação (2)	Sem vinculação
Total	77,91	23,09
Urbana	80.98	19,02
Rural	66,49	33,51

FONTE: Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD, 1983,Suplemento Mão-de-Obra e Previdência, RJ, IBGE, 1984.
(1) Participação relativa
(2) Pessoas vinculadas são aquelas que contribuem para algum tipo de sistema de seguro ou são dependentes de quem contribui.

PESSOAS VINCULADAS À PREVIDÊNCIA POR SISTEMA DE VINCULAÇÃO
BRASIL - 1983

Sistemas de Vinculação	Pessoas vinculadas No.	%
TOTAL	96.161.023	100,00
VINCULADAS AO SINPAS		
Total	91.683.715	95,22
Somente SINPAS	89.671.334	93,13
SINPAS e outro Sistema	2.012.381	2,09
VINCULADAS A OUTRO SISTEMA		
Total	4.477.308	4,65
Estadual	3.090.786	3,21
Municipal	481.430	0,50
Militar	789.546	0,82
Estadual e/ou Municipal e/ou Militar e/ou Sistema Privado	115.543	0,12

FONTE: Pesquisa Nacional por Amostra de Domicíllios - PNAD 1983, Suplemento Mão-de-Obra e Previdência, RJ, IBGE, 1984

Com relação estritamente aos **segurados** da previdência social, os dados permitem a análise da sua evolução entre 1980 e 1989 (ver Tabela abaixo), além da observação da relação existente entre ativos e inativos (razão de dependência).

Os **segurados cresceram 35,5%** no período, índice inferior, no entanto, ao observado para o crescimento dos **contribuintes** entre 1981 e 1990, que foi de **37%** (ver análise dos contribuintes adiante). Os anos que apresentaram maior taxa de crescimento foram de longe 1985 e 1986; sendo que a partir de 1985 o patamar de crescimento passa de cerca de 2% a.a. para mais de 7%, reduzindo-se novamente em 1987 (para 3%), ficando em torno de 3,5% em 1989.

Por outro lado, diminui em 0,53% a relação entre **ativos** e **inativos**. Estes passam de 7.779.229 em 1980 para 12.130.455 em 1989, com um crescimento de 55,9%, bem superior ao crescimento de 28,9% apresentado pelos ativos.

EVOLUÇÃO DOS SEGURADOS DA PREVIDÊNCIA SOCIAL
BRASIL - 1980 À 1990

Anos	Total	Índice de crescimento	Taxa de cresc.anual	Razão de dependência
1980	31.561.445	100,00	-	3,06
1981	31.238.513	98,97	-1,03	2,66
1982	32.000.713	101,39	2,44	2,55
1983	32.918.360	104,29	2,87	2,36
1984	33.634.526	106,56	2,17	2,31
1985	36.004.964	114,07	7,04	2,39
1986	38.616.622	122,35	7,25	2,53
1987	39.759.229	125,97	2,96	2,49
1988	41.306.836	130,87	3,89	2,59
1989	42.779.874	135,54	3,56	2,53
1990*	48.000.000	152,08	12,20	2,69

FONTE: MTPS/INPS, Coordenadoria de Informática da Sec.Planejamento.
(1) Relação de Ativos sobre Inativos. A média da década de 70 era de 3,7%, e a de 1980 foi de 2,5%.
* Dados para o ano de 1990 extraídos da Fonte NEEP/UNICAMP,1991.

Perfil dos Contribuintes da Previdência

Em 1983, a maioria dos contribuintes ao regime urbano do SINPAS pertencia à categoria dos **empregados**. A essa categoria se seguia a de conta própria e de autônomos, observando-se que sua participação era inferior à existente no país ([1]).

Quando se analisa o peso proporcional dos contribuintes no valor total das contribuições pagas à Previdência urbana, são os empregados que apresentam a maior participação (com 72,44%). Bem abaixo estão os autônomos (com 16,1%). Os **empregadores urbanos** contribuem apenas com 9,5% do montante pago à Previdência Social. Estes dados apenas confirmam que são os salários dos trabalhadores os que mais contribuem com a receita da Previdência Social.

VALOR DAS CONTRIBUIÇÕES MENSAIS PAGAS PELOS CONTRIBUINTES AOS REGIMES URBANO E DE FUNCIONARIO FEDERAL SEGUNDO A CATEGORIA DOS CONTRIBUINTES
BRASIL - 1983

Regime de Contribuição e Categoria de Contribuintes	Valor das Contribuições (%)
VALOR TOTAL	100,00
Previdência Urbana	99,17
Empregados	72,44
Empregados Domésticos	0,74
Empregadores Urbanos	9,50
Autônomos	16,09
Avulsos	0,06
Segurados Facultativos	0,07
Contribuintes em Dôbro	0,26
Previdência dos Funcionários Federais	0,83

FONTE: Pesquisa Nacional por Amostra de Domicíllios - PNAD 1983, Suplemento Mão-de-Obra e Previdência, RJ, IBGE, 1984

A proporção de contribuintes no total das pessoas ocupadas no Brasil permanece inalterada entre 1981 e 1990: **apenas metade da PEA ocupada contribui para a Previdência Social no Brasil**. Dados do INSS para 1992 indicam que essa taxa de contribuição não se altera.

Com relação à PEA total, o total de contribuintes corresponde a cerca de 60% da mesma. Estão excluídos do sistema previdenciário, em primeiro lugar, aqueles que não tem carteira assinada, que equivalem a 41% da PEA empregada (assalariados) e a 27% da PEA ocupada. No conjunto de trabalhadores por conta própria também existe parcela significativa que não contribui para a Previdência Social, totalizando 8,7 milhões de pessoas, o que corresponde a 62% do total destes trabalhadores (2).

Outro aspecto de destaque é o aumento significativo da **participação feminina** no total de contribuintes (de 28,75% para 34,41% entre 1981 e 1990), refletindo o aumento do número de mulheres no total das pessoas ocupadas.

TAXA DE CONTRIBUIÇÃO DAS PESSOAS OCUPADAS E CONTRIBUINTES SEGUNDO O SEXO BRASIL - 1981-1990

Sexo e Situação de contribuição	1981	1990	Taxa de crescimento
TOTAL			
(Pessoas Ocupadas)	45.465.410	62.100.499	36,58
Contribuintes (%)	49,92	50,08	
CONTRIBUINTES	22.696.642	31.101.186	37,03
Homens (%)	71,25	65,59	
Mulheres (%)	28,75	34,41	

FONTE: IBGE, PNAD - 1981 a 1990.

De acordo ainda com as PNADs, entre 1981 e 1990, o número de contribuintes compreendidos na **faixa etária** entre 30 e 39 anos aumentou em 4%. Já a participação relativa daqueles abaixo de 29 anos diminuiu e o peso dos acima de 50 permaneceu práticamente estável. Nesse período, portanto, houve um aumento relativo dos contribuintes com mais de 30 anos, o que está de acordo com o processo de envelhecimento da população.

A taxa de contribuição por **faixa etária** está concentrada nas idades entre 20 e 49 anos. Destaca-se, entretanto, a ocorrência de aumentos relevantes (entre 4% e 5%) nas faixas até 19 anos, indicando, provavelmente, um aumento da participação desses grupos na força de trabalho formalizada (3).

A taxa de contribuição à Previdência no total das pessoas ocupadas por **ramos de atividade** apresenta as seguintes características:

- de modo geral observa-se redução na taxa de contribuição em todos os setores;
- as menores reduções se dão nos setores de Prestação de Serviços e Administração Pública (que eleva de 4 para 5% sua participação no total de pessoas ocupadas);

- a maior redução se dá na Indústria da Construção, que reduz em 9 pontos percentuais sua taxa de contribuição, seguida de Outras Atividades Industriais, Comércio de Mercadorias, e Serviços Auxiliares da Atividade Econômica, todos com 7 pontos de redução;

- apesar dessas oscilações na década, o setor que mantém a mais baixa taxa de contribuição à Previdência Social é o da Agricultura (8%), seguido do da Prestação de Serviços (36%), da Indústria da Construção (46%), e do Comércio de Mercadorias (58%). Os demais setores apresentam taxas de contribuição acima de 70%.

A redução generalizada da taxa de contribuição nos setores da atividade econômica indica um aumento no grau de informalização dos mesmos, com uma redução na proporção de trabalhadores com carteira assinada. A não diminuição no Setor Agrícola pode explicar-se pela crescente incorporação dos trabalhadores rurais ao Sistema Geral de Previdência. A ampliação da cobertura previdenciária no campo ocorreu sobretudo a partir de 1986 e 1988, em função das mudanças na legislação previdenciária para conceder isonomia de tratamento entre os trabalhadores rurais e urbanos (4).

A crise do setor de Construção se verifica tanto no maior aumento da informalidade da mão-de-obra quanto na redução de sua participação no total das pessoas ocupadas.

Finalmente as baixas taxas de contribuição à Previdência nos setores de Agricultura, Prestação de Serviços, Indústria da Construção, e, um pouco mais alta, no Comércio de Mercadorias, apenas confirmam a baixa formalização de sua mão-de-obra.

DISTRIBUIÇÃO DAS PESSOAS OCUPADAS E TAXA DE CONTRIBUIÇÃO
POR RAMOS DE ATIVIDADE - BRASIL - 1981-1990

RAMOS DE ATIVIDADE	1981 (%)	1990 (%)
TOTAL PESSOAS OCUPADAS	100	100
Taxa de Contribuição	50	50
AGRÍCOLA	29	23
Taxa de Contribuição	8	8
INDÚSTRIA DE TRANSFORMAÇÃO	5	15
Taxa de Contribuição	82	78
INDÚSTRIA DA CONSTRUÇÃO	8	6
Taxa de Contribuição	55	46
OUTRAS ATIVID.INDUSTRIAIS	2	1
Taxa de Contribuição	83	76
COMÉRCIO DE MERCADORIAS	10	13
Taxa de Contribuição	65	58
PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS	15	2
Taxa de Contribuição	38	36
SERV.AUX.DA ATIVID.ECONÔM.	3	3
Taxa de Contribuição	80	73
TRANSPORTE E COMUNICAÇÃO	4	4
Taxa de Contribuição	81	77
ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA	4	5
Taxa de Contribuição	82	79
OUTRAS ATIVIDADES	3	3
Taxa de Contribuição	84	80

FONTE: IBGE/PNAD, 1981 A 1990.

Todas as **faixas de renda** sofreram queda em suas taxas de contribuição à Previdência, com exceção da compreendida entre meio e um salário mínimo e daqueles sem rendimento (que incluem as pessoas que receberam somente em benefícios). A que apresentou maior queda, em torno de 14 pontos percentuais, foi a de três a cinco salários mínimos. A menor redução (5%) ocorreu entre as pessoas ocupadas que receberam mais de 10 salários mínimos.

Contudo, nas faixas de renda mais elevada, sobretudo naquelas acima de 5 S.M. aumentou a participação de não-contribuintes ([5]).

A redução generalizada na proporção de contribuintes sobretudo nos grupos de renda intermediários, pode ser interpretada como resultado de uma provável informalização do trabalho nessas faixas de renda. Já a elevação da taxa de contribuição na faixa até um salário mínimo pode indicar não um aumento do grau de formalização, ilegal abaixo de 1 S.M., mas sim uma deterioração dos rendimentos no período ([6]).

Ao comparar a distribuição do nível de rendimentos entre os contribuintes e entre os empregados e empregadores da PEA, verifica-se que, enquanto as maiores taxas de contribuição concentram-se nas faixas de renda acima de cinco salários mínimos, os empregados distribuem-se mais uniformemente naquelas faixas abaixo de cinco S.M.. Caberia, portanto, aos empregadores, agrupados na faixa de rendimentos acima de 10 S.M., o deslocamento dos contribuintes para faixas de renda mais elevadas ([7]).

TAXA DE CONTRIBUIÇÃO À PREVIDÊNCIA POR CLASSES DE RENDIMENTO MENSAL DO TRABALHO PRINCIPAL - BRASIL - 1981/90

CLASSES DE RENDIMENTO (S.M.)	1981	1990
ATÉ 1/2	7	6
MAIS DE 1/2 A 1	30	31
MAIS DE 1 A 2	61	49
MAIS DE 2 A 3	77	66
MAIS DE 3 A 5	84	70
MAIS DE 5 A 10	89	80
MAIS DE 10	91	86
SEM RENDIMENTO(1)	1	2

FONTE: IBGE/PNAD, 1981 A 1990
(1) Inclusive as pessoas que receberam somente em benefícios.

Benefícios Previdenciários: distribuição por tipo e Comportamento na década dos 80

O volume de **benefícios em manutenção** ([8]) no Brasil aumentou 60% na década dos 80. Já o total de **benefícios concedidos** ([9]) apresentou queda de 4% no mesmo período. O crescimento do estoque de benefícios, apesar da diminuição do ritmo das novas concessões, explica-se pela ampliação do período de permanência dos beneficiários no sistema, como resultado do aumento da expectativa de sobrevida da população.

BENEFÍCIOS EM MANUTENÇÃO E BENEFÍCIOS CONCEDIDOS
BRASIL - 1980 A 1990

ANO	BENEFÍCIOS EM MANUTENÇÃO			BENEFÍCIOS CONCEDIDOS		
	Total (mil)	No.índice (%)	Tx.cresc. (%)	Total (mil)	No.índice (%)	Tx.cresc (%)
1980	7.784	100	-	1.542	100	-
198	18.611	111	10,6	1.727	112	12,0
198	29.140	117	6,1	1.703	110	-1,4
1983	10.215	131	11,7	1.824	118	7,1
1984	10.208	131	-0,1	1.680	109	-7,9
1985	10.700	137	4,8	1.812	117	7,8
1986	11.033	142	3,1	1.692	110	6,6
1987	11.446	147	3,7	1.591	103	-5,9
1988	11.583	149	1,2	1.546	100	-2,8
1989	12.123	156	4,6	1.655	107	7,0
1990	12.474	160	2,9	1.482	96	-10,5

FONTE: DATAPREV/SINTESE

Benefícios Urbanos em Manutenção

Os benefícios urbanos, em manutenção, compreendem as aposentadorias por tempo de serviço, invalidez e velhice; pensão por morte; abonos por permanência em serviço; auxílios-doença, invalidez e reclusão; renda mensal vitalícia (concedida aos maiores de 70 anos e aos inválidos carentes); e os benefícios motivados por acidente de trabalho.

Com relação a 1980 o estoque de benefícios em manutenção urbanos apresentou, em 1990, um crescimento de 48%, abaixo do verificado para o total de benefícios (60%). Os principais benefícios responsáveis por esse desempenho foram as aposentadorias por velhice (com um crescimento de 215% no seu estoque), seguidas pelas aposentadorias por tempo de serviço, os benefícios acidentários (motivados por acidentes de trabalho), as pensões e as aposentadorias por invalidez.

O aumento nas aposentadorias por velhice pode ser explicado pelo expressivo incremento na população de 60 anos e mais (com o aumento da expectativa de vida), e pelo aumento progressivo da formalização do trabalho nas idades próximas à aposentadoria. Tendo em vista que as exigências para a concessão desse benefício restringem-se à idade ([10]) e a um período de carência correspondente a apenas cinco anos de contribuição, é provável que os principais responsáveis por sua demanda sejam os segmentos de mais baixa renda. Isto parece ser confirmado pelos dados apresentados em estudo feito pela Fundação SEADE em São Paulo ([11]), no qual é analisada a distribuição da população aposentada com 60 anos ou mais por classe de rendimento: 80% a 90% dos idosos aposentados por velhice ou invalidez estão concentrados na faixa entre zero e dois salários mínimos.

Por sua vez, o movimento ascendente nos benefícios por acidentes de trabalho pode ser imputado, simultaneamente, ao aumento do número de acidentes de trabalho registrados no período e à melhoria da cobertura e da qualidade da notificação ([12]).

Ao contrário das aposentadorias, pensões e benefícios acidentários, os **Auxílios** e a **Renda Mensal Vitalícia (RMV)**, apresentaram, em média, uma **redução** no seu estoque na década. No caso dos Auxílios, essa queda foi basicamente provocada pelo comportamento do Auxílio-Doença, já que o Auxílio-Reclusão manteve-se estável. O Auxílio-Doença, um dos principais alvos hoje do "combate às distorções e fraudes" no sistema, chega a 1990 com 10% a menos de beneficiários. Some-se a isto os baixos valores pagos por esse benefício (como veremos adiante), e torna-se muito difícil co-responsabilizá-lo pelo "rombo" da Previdência. Com relação ao comportamento da Renda Mensal Vitalícia-RMV, constata-se que o benefício mantido para os idosos acima de 70 anos reduziu-se em **27%**, enquanto aquele dirigido para os inválidos se manteve estável ao longo da década.

Em ambos os casos - Auxílios e Renda Mensal Vitalícia - a acentuada queda no estoque de benefícios afetou diretamente os segmentos mais carentes da população. Os Auxílios, que deveriam constituir-se numa compensação à renda desse tipo de clientela, sofreram redução tanto em número quanto em valores médios de pagamento, em direção oposta ao incremento da demanda por esse benefício. Por sua vez, a Renda Mensal Vitalícia dirigida aos idosos de baixa renda apresentou redução não compatível com a cobertura a que se propõe, sobretudo tendo em vista o aumento dessa clientela na década, conforme vimos acima no caso de São Paulo, unidade da federação com um dos melhores níveis de renda do país.

A taxa de crescimento anual dos benefícios em manutenção, negativa em 1988 e positiva em 1989, parece indicar que a expectativa de melhoria na legislação provocou retenção e subsequente elevação da demanda nos períodos pré e pós-Constituição. Embora o número de benefícios em estoque seja influenciado pelo aumento do tempo de permanência dos beneficiários no sistema e pelo fluxo de entrada de novos benefícios, tudo indica que a queda observada em 1988 tenha sido motivada pela diminuição deste último movimento.

Analisando a evolução da participação relativa dos diferentes benefícios em manutenção, verifica-se que as aposentadorias mantêm a primazia, aumentando sua participação de 39,7% para 45,9% no total de benefícios ao longo da década. A elas se seguem as pensões, que elevam sua participação em pouco mais de quatro pontos percentuais. As Rendas Mensais Vitalícias e os Auxílios, em terceiro e quarto lugar respectivamente, vêm reduzida sua participação no período: de 16,6% para 10,1% no caso das RMV, e de 12,6% para 7,7% com relação aos Auxílios.

Este comportamento confirma a tendência de queda apontada anteriormente para estes dois últimos benefícios, cuja clientela, saliente-se ainda, embora faça parte da população carente, não pode, a rigor, ser considerada integrante do vasto segmento totalmente excluído de qualquer tipo de sistema previdenciário, dado que, em algum momento da sua vida ativa, contribuiu para a Previdência Social. Considerando que este grupo apresentou uma frágil inserção no mercado formal de trabalho, o que atribui um caráter assistencial a esses benefícios, parece evidente que ocorreu um processo de exclusão do sistema dessa parcela da população urbana sem que se configurasse uma alternativa consistente de cobertura, especialmente pelo inexpressivo poder de pressão desses segmentos ([13]).

Benefícios Urbanos Concedidos

Ao contrário dos benefícios urbanos em manutenção, a concessão de novos benefícios urbanos viu-se reduzida em 21,36% entre 1981 e 1990. Este último ano registrou o mais baixo nível de benefícios concedidos da década.

Foram os **Auxílios**, com uma queda de 35,86%, os principais protagonistas desse movimento de contração, sobretudo os Auxílios-Doença. No caso das Aposentadorias, como já foi mencionado, a diminuição da concessão decorreu, aparentemente, da expectativa dos segurados com relação 'a iminência da regulamentação do novo Plano de Benefícios.

Benefícios Rurais em Manutenção

Os benefícios em manutenção na área rural mantiveram crescimento constante ao longo de toda a década, chegando a 1990 com um estoque 81% maior. Sem dúvida foram estes benefícios, mais do que os urbanos, os responsáveis pela elevação média do estoque de benefícios no período. O grande "boom" se deu em 1989, após a Constituição de 1988 que tornou equivalentes os benefícios rurais e urbanos.

Ao analisar a participação relativa de cada um desses benefícios, verifica-se que, dos mais de 4 milhões de benefícios rurais em manutenção, os Benefícios Acidentários, apesar do seu enorme crescimento, representavam apenas 0,33% (14.457 benefícios) em 1990. Os Auxílios, que só passaram a ser concedidos para os trabalhadores rurais a partir de 1988, eram em número ainda mais reduzido: apenas 12.398 em 1990. Por outro lado, as aposentadorias, majoritárias no conjunto dos benefícios, reduziu sua participação média no período de 67,64% para 58,72%. Neste grupo, as aposentadorias por invalidez aumentaram sua participação de 8,56% para 11,32%, e as aposentadorias por velhice reduziram sua participação de 59,08% para 47,41% ([14]).

Benefícios Rurais Concedidos

Os benefícios rurais, embora ainda reduzidos em termos absolutos (passando de cerca de 300 mil para aproximadamente 481 mil), representando apenas 32% do total de benefícios concedidos em 1990, apresentaram, ao contrário do ocorrido na área urbana, um crescimento da ordem de 60%.

Esse movimento se deu em função das modificações introduzidas na legislação previdenciária ao longo da década, no sentido de promover a igualdade de cobertura entre os segurados urbanos e rurais, processo que culminou na Constituição.

O aumento registrado concentrou-se particularmente nos benefícios por Acidentes de Trabalho, na Renda Mensal Vitalícia aos idosos com mais de 70 anos, e nas Aposentadorias por Velhice. Note-se que os primeiros, dirigidos ao trabalhador rural, praticamente inexistiam antes de 1985.

Receitas e Despesas Previdenciárias

Na composição da **Receita** da Previdência Social brasileira entre 1988 e 1993, confirma-se o evidente predomínio das Contribuições sobre Folha de Salários, que mantém sua participação no total entre 84,5% e 85,7% no período. Nos anos de 1988, 1992 e 1993 as Receitas Financeiras superaram as Transferências da União (que dizem respeito aos repasses fiscais para pagamento do EPU (Encargos Previdenciários da União), das Contribuições sobre o Lucro e o Faturamento, e

recursos oriundos de concursos e prognósticos - ver abaixo). Estas transferências, no entanto, estão em segundo lugar em termos de aporte de recursos nos anos de 1989, 1990 e 1991.

No ano de 1992, fica claro que a remuneração financeira do saldo bancário da Previdência (que só foi inferior à de 1987) praticamente compensou a queda das demais fontes. A Arrecadação Bancária (decorrente das contribuições sobre folha de salários), por sua vez, com queda de 2,4% em relação a 1991, arrecadou o maior volume de recursos desde 1984. A queda da receita do COFINS (ex-FINSOCIAL) foi provocada pelas inúmeras demandas judiciais acerca da sua constitucionalidade, além dos acordos que priorizavam essa receita para a Saúde. Já a Contribuição sobre o Lucro foi inteiramente destinada à Assistência Social. Como agravante, a União reduziu em quase 40% a transferência de recursos do orçamento fiscal para o pagamento das pensões e aposentadorias do funcionalismo federal (EPU-Encargos Previdenciários da União).

Já no ano de 1993, a receita total da Previdência Social aumentou 2,2% em relação a 1992, graças à evolução da arrecadação bancária (contribuições de empregados e empregadores), a qual cresceu 7,6%. Além do aumento da fiscalização e das cobranças dos débitos das empresas (privadas e públicas) e dos governos estaduais e municipais, contribuiu para esse desempenho a evolução não do nível de emprego, que foi desfavorável, mas do nível dos rendimentos do setor privado bem como o comportamento do salário mínimo (com crescimentos de 12,8% e 10,45, respectivamente, com relação a 1992). A receita do COFINS (com mais de 80% das transferências concentradas em dezembro) para a Previdência caiu 72% em relação a 1992. Em tese (como vimos acima) esta receita seria prioritáriamente destinada à Saúde. No entanto, a Previdência não apenas ficou com parcela do COFINS como suspendeu todos os repasses para a saúde (os 15,5% da arrecadação sobre a folha previstos na lei orçamentária). Quanto à Contribuição sobre o Lucro, foi destinado à Previdência 13,5% do volume arrecadado (US$453,6 milhões). As transferências para pagamento do EPU por parte da União sofreram uma queda de 70,8%, com o que o pagamento dos benefícios do funcionalismo público federal foi efetuado com recursos da receita de contribuições sobre folha. Finalmente, o crescimento do ítem "Outras Transferências" (de 720%) foi determinado pela remuneração das disponibilidades de caixa junto ao Tesouro Nacional.

PREVIDÊNCIA SOCIAL: COMPOSIÇÃO DA RECEITA
BRASIL - ARRECADAÇÃO BRUTA 1988/1993 (1)

ANOS	Receita Total	Arrecad. Bancária (a)	Receita Financ. (b)	Outras Receitas (c)	Transfer. da União (d)
1988	1.914,3	1.617,1	238,5	3,0	54,9
1989	1.888,0	1.658,0	68,8	6,0	155,2
1990	2.170,1	1.756,3	163,8	1,1	248,9
1991	1.981,0	1.651,2	81,9	21,7	226,1
1992	1.980,3	1.612,4	287,6	13,7	66,6
1993	2.023,3	1.734,6	135,7	30,5	122,3

FONTE: Indicadores IESP (vários números) e Informe da Previdência Social, v.6,no.9,set/1994.
(1) Médias mensais em US$ milhões de dez/1990.
(a) Contribuições correntes de empregados e empregadores sobre a folha de salários e outras contribuições; (b) Rendimento da aplicação dos saldos de caixa; (c) Resgate de títulos de bonificação, aluguéis e outras receitas; (d) Contribuição sobre o Lucro e o Faturamento; recursos fiscais para o custeio da parcela das aposentadorias e pensões do funcionalismo federal (EPU-Encargos Previdenciários da União); recursos oriundos de concursos e prognósticos.

ANOS	Transferências da União(1)			
	Contrib.COFINS (d)	Contrib.s/Lucro (e)	EPU (f)	Outras (g)
1988	0,0	0,0	44,5	10,4
1989	19,7	6,7	34,2	94,6
1990	132,9	70,8	35,6	9,6
1991	109,6	36,2	31,5	48,8
1992	38,7	0,0	19,6	8,3
1993	10,8	37,8	5,7	68,0

FONTE: Indicadores IESP, in Médici e Marques, 1994.
(1) Médias mensais em US$ milhões de dez/1990.
(d) Transferência de parcela da contribuição sobre o faturamento que substituiu o FINSOCIAL; (e) Transferência de parcela da Contribuição sobre o lucro líquido das empresas; (f) Recursos fiscais para custeio da parcela das aposentadorias e pensões do funcionalismo federal alocado no Ministério da Previdência; (g) Transferência de recursos oriundos de concursos e prognósticos e outras transferências e remuneração das disponibilidades de caixa junto ao tesouro.

Em 1993, a **Receita de Contribuições** arrecadada pela Previdência Social foi 15% inferior à de 1982. Contudo, apresentou variações ao longo da década. Apenas em 1986, no entanto, a arrecadação foi superior à do início da década; nos demais anos a receita de contribuições ficou abaixo da observada em 1982.

O comportamento desse tipo de receita, que representa cerca de 80% da receita total da Previdência Social, evidencia seu caráter pró-cíclico. No entanto, em 1982, apesar da crise econômica, o Ministério da Previdência e Assistência Social-MPAS garantiu uma expansão da arrecadação graças ao aumento das alíquotas, das mudanças nos tetos de salários de contribuição e da

criação da contribuição dos próprios aposentados. Também em 1990 a receita se eleva por conta do aumento das alíquotas decidido ainda em 1989, das mudanças nos prazos de recolhimento das contribuições e da decisão orçamentária de transferir maior volume de recursos do FINSOCIAL e da Contribuição sobre o Lucro para a Previdência do que no ano anterior.

A **Despesa total com benefícios** também apresentou flutuações no período, não acompanhando, necessariamente, o comportamento da receita. Após atingir seu nível mínimo em 1988, o gasto com benefícios chega a 1993, após uma recuperação, ao mesmo patamar de 1982.

Os anos que apresentaram o menor patamar de despesa foram 1987 e 1988. Neles, com a implantação do SUDS-Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (analisado anteriormente), o Governo Sarney concedeu absoluta prioridade à área da saúde, setor que apresentou aumento de 44,2% em sua despesa.

Já 1993 apresentou incremento no gasto com benefícios da ordem de 26%, o que, no entanto, apenas repôs o patamar registrado em 1982. Esse aumento da despesa com benefícios deveu-se, basicamente, à concessão dos benefícios represados, à revisão dos valores iniciais dos benefícios concedidos entre outubro de 1988 e abril de 1991 (ano em que regulamentou-se os novos direitos constitucionais) e ao pagamento das parcelas relativas à diferença dos 147% ([15]). Também impulsionou o referido aumento a mudança da política salarial ao longo de 1993. As antecipações bimestrais da inflação no salário mínimo foram estendidas também aos benefícios, como determina a lei. Vale lembrar que essa política salarial também elevou a arrecadação. Ainda no segundo semestre de 1993, a aceleração da inflação impôs novas alterações na política salarial, trazendo novos aumentos dos gastos com benefícios previdenciários ([16]).

Apesar do crescimento do gasto em 1993, houve **retração de 3,5%**, em relação a 1992, nos **benefícios em manutenção urbanos**, que representam 62% do total de benefícios ([17]).

RECEITA DE CONTRIBUIÇÕES E DESPESA COM BENEFÍCIOS (1)
BRASIL - 1982 A 1993

ANO	RECEITA		DESPESA		DESPESA/RECEITA
	Valor (US$milhões)	Índice (%)	Valor (US$milhões)	Índice (%)	(%)
1982	24.459	100,0	18.168	100,0	74,3
1983	19.382	79,2	16.151	88,9	83,3
1984	17.374	71,0	14.145	77,9	81,4
1985	19.709	80,6	14.505	79,8	73,6
1986	23.300	95,3	16.020	88,2	68,7
1987	20.887	85,4	11.877	65,4	56,8
1988	17.969	73,5	10.979	60,4	61,1
1989	19.304	78,9	12.330	67,9	63,9
1990*	21.075	86,2	12.272	67,5	58,2
1991*	19.814	81,0	13.412	73,8	67,6
1992*	19.348	79,1	14.439	79,4	74,6
1993*	20.815	85,1	18.252	100,4	87,6

FONTE: DATAPREV/SINTESE; para os anos com * Indicadores IESP.
(1) Em dólares de dezembro de 1990.

Note-se, por outro lado, que a relação despesa/receita somente ultrapassou os 80% em 1983, 1984, e 1993, oscilando, nos demais, entre 55% e 75%, não se configurando, portanto, nenhuma situação de déficit causado por gastos com benefícios. Isto se confirma quando se analisa o peso da despesa com benefícios no total da despesa previdenciária, o qual, em todo o período, somente chegou aos 80% em 1993.

PREVIDÊNCIA SOCIAL: GASTO TOTAL E DESPESA COM BENEFÍCIOS
BRASIL - 1982 A 1993

ANOS	GASTO TOTAL(1) (US$ milhões dez/90)	DESPESA COM BENEFÍCIOS(2) (US$ milhões dez/90)	(2)/(1) (%)
1982	24.009	18.168	75,7
1983	21.293	16.151	75,8
1984	18.211	14.145	77,7
1985	19.345	14.505	75,0
1986	22.334	16.020	71,7
1987	19.097	11.877	62,2
1988	19.489	10.979	56,3
1989	23.156	12.330	53,2
1990*	23.877	12.272	51,4
1991*	23.325	13.412	57,5
1992*	20.302	14.439	71,1
1993*	22.478	18.252	81,1

FONTE: Gasto Federal Total in Balanços Gerais da União, 1980 a 1991 (inclui as despesas do INSS e despesas com inativos e pensionistas da União); Despesas com Benefícios in DATAPREV/SINTESE; para os anos

com * in Indicadores IESP.

A partir de 1988, em que a Constituição define uma série de mudanças, e sobretudo a partir de 1992, em que mudanças já ratificadas em legislação complementar são implementadas, se verifica uma despesa crescente com benefícios. Com pessoal, no entanto, numa visível tendência decrescente, sofre redução de 62% entre 1988 e 1993. As transferências para a saúde, que oscilaram entre 400 e 550 milhões de dólares mensais até 1991, a partir de 1992 sofrem queda acentuada: em 1993 essas transferências caem **79%** com relação a 1988. Já o ítem Outras Despesas (ver Tabela abaixo), após um decréscimo em 1991 e 1992, voltam a recuperar-se em 1993, cabendo aqui destacar o peso dos EPU- Encargos Previdenciários da União.

PREVIDÊNCIA SOCIAL: COMPOSIÇÃO DA DESPESA (1)
BRASIL: 1988 A 1993

ANOS	TOTAL	BENEFÍCIOS	PESSOAL	TRANSP. P/SAÚDE	OUTRAS DESPESAS(a)
1988	1.782,1	878,3	220,7	418,4	264,7
1989	1.867,3	975,2	254,6	398,9	238,6
1990	1.989,8	1.022,7	330,8	407,2	229,1
1991	1.943,8	1.116,9	115,7	546,2	165,0
1992	1.619,9	1.203,3	80,1	251,9	156,6
1993	1.873,2	1.521,0	84,6	88,4	179,3

FONTE: Indicadores IESP (vários números).
(1) Médias mensais em US$ milhões dez/1990. Deflator IGP-DI.
(a) Consiste no conjunto de despesas com EPU (Encargos Previdenciários da União), Amortizações e Encargos, DATAPREV, Transferências a Terceiros e FUNDACENTRO.

Ao analisar a **composição da despesa previdenciária** a partir de 1990 (já convertida em REAIS - ver Tabela abaixo), tem-se um quadro semelhante ao anterior em termos da participação da **despesa com benefícios**, e da redução das **transferências ao INAMPS**.

A **despesa com benefícios**, que havia chegado ao seu nível mais baixo dos últimos 11 anos em 1990, respondendo por apenas **metade** dos gastos previdenciários, se eleva (sai do "fundo do poço") a partir de 1992, chegando a 1993 com uma participação na despesa total de 80%.

No entanto, a "contrapartida" dessa elevação foi a **brutal redução no repasse de recursos para a Assistência Médica**, em função, por um lado da Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO), definindo que apenas 15,5% da arrecadação de contribuições fosse repassado ao Ministério da Saúde; e de outro pela decisão do então Ministro da Previdência, Antonio Brito, de sequer cumprir a LDO. Com isso, **em 1993 as transferências para o INAMPS registraram queda de 64% com relação a 1992; de 83% com relação a 1991; e de 78,5% frente a 1990**. Note-se que em 1992 a transferências para a assistência médica já representavam só 14,7% do total; as de 1991 chegaram a 28%; e as de 1990 ficaram em 20% da despesa total da Previdência (ver Tabela abaixo).

Cabe lembrar que até 1991, os repasses da Previdência para a Saúde eram feitos diretamente do FPAS (Fundo da Previdência e Assistência Social), superando, a partir de 1987, 30% desses

recursos. Posteriormente, a Constituição de 1988 definiu que até a promulgação da Lei Orgânica da Saúde, **não menos de 30% dos recursos do então definido Orçamento da Seguridade Social (OSS) deveriam ser destinados à saúde**. Com a votação da Lei Orgânica da Saúde em fins de 90, foi possível ao novo Ministério da Previdência reverter a tendência de gasto com saúde, sobretudo a partir de 1992.

A mencionada "contrapartida" de redução do repasse para a saúde, como demonstra a Tabela abaixo, não era necessariamente obrigatória, já que havia pelo menos 20% de "folga" nas **despesas**, as quais poderiam, inclusive, assumir outras prioridades que não fossem o pagamento do EPU, as amortizações e encargos, entre outras. Além disso, note-se que ao final do ano de 1993 o saldo acumulado da Previdência era de US$ 1.146,9 milhões. Este valor, segundo Médici e Marques ([18]), cobriria apenas 4,3 meses de repasse para a saúde. O fato é que, no afã de criar "superávits", esse valor **não** foi repassado, o que só fez aumentar a dívida da saúde a ser negociada. A "solução" foi, a partir da decretação do estado de "calamidade pública" na saúde, um empréstimo do FAT (no valor de CR$35 trilhões) por 6 meses, com juros de 5% ao ano e correção pela TR, com o respaldo do Tesouro Nacional ([19]).

PREVIDÊNCIA SOCIAL - DESPESAS POR CATEGORIA (a)
BRASIL - 1990 A 1993

ANOS	TOTAL (1)	BENEFÍCIOS (2)	TRANSF.INAMPS(b) (3)	(2)/(1) %	(3)/(1) %
1990	30.099	15.449	6.170	51,33	20,50
1991	28.153	16.199	7.895	57,54	28,04
1992	24.646	17.632	3.626	71,54	14,71
1993	29.148	23.722	1.324	81,38	4,54

FONTE: INSS, MPS/SPS,in "Informe da Previdência Social", vol.6,no.9, setembro/94.
(a) Valores constantes em milhões de R$ - Agosto/94, convertidos para Real pela URV média do mês de junho de 1994 e deflacionados mes a mes pelo INPC.
(b) Rubrica criada a partir de 1991, incluindo pagamentos com asistência médica (contratos e convênios, AIH/órtese/prótese, SUS) e pessoal (ativo e inativo) do INAMPS; até 1990 refere-se a Assistência Médica.

Ao relacionar a despesa total com o número de benefícios, constata-se um descompasso entre ambos. Dessa forma, a **despesa média por benefício** sofreu, entre 1982 e 1993, redução considerável (ver Tabela abaixo). Em um movimento contínuo de queda, com alguma recuperação em 1986, atinge em **1990** seu valor mínimo (82 dólares mensais por benefício em média), o que representa apenas **49,4%** da despesa média de 1982. Ou seja, **o valor médio dos benefícios pagos pela Previdência Social brasileira se reduz à metade ao longo da década**. Apesar de outro movimento de recuperação em **1993** (conforme visto acima), a despesa média por benefício neste último ano é **35,3%** menor do que em **1982**, não atingindo o nível alcançado em **1986**, último ano em que a despesa média mensal fica acima dos 100 dólares.

DESPESA MÉDIA COM BENEFÍCIOS (1)
BRASIL - 1982 A 1993

ANO	No.BENEFÍCIOS (x mil)	DESPESA TOTAL (US$ milhões)	DESPESA MÉDIA US$/ano	US$/mes	No.ÍNDICE (%)
1982	9.140	18.168	1.988	166	100,0
1983	10.215	16.151	1.581	132	79,5
1984	10.207	14.145	1.386	115	69,7
1985	10.700	14.505	1.356	113	68,2
1986	11.033	16.020	1.452	121	73,0
1987	11.446	11.877	1.037	86	52,4
1988	11.033	10.979	995	83	50,1
1989	12.123	12.330	1.017	85	51,2
1990*	12.474	12.272	983	82	49,4
1991*	12.635	13.412	1.061	88	53,4
1992*	13.304	14.439	1.085	90	54,6
1993*	14.185	18.252	1.286	107	64,7

FONTE: DATAPREV/SINTESE; para os anos com * Indicadores IESP.
(1) Em dólares de dezembro de 1990.

Em valores constantes, as **despesas com todos os tipos de benefício** apresentaram taxas de crescimento **negativas** entre 1986 e 1990. As Aposentadorias, que representam mais da metade do gasto com benefícios, tiveram seus valores reduzidos em 21,3% nesse período. Nesse grupo, foram as Aposentadorias por Velhice as que sofreram maior redução. Em termos de peso no total do gasto seguem-se as Pensões, que também apresentaram diminuição na sua despesa da ordem de 22%. O Auxílio-Doença e as Rendas Mensais Vitalícias registram reduções da mesma ordem de grandeza.

O que chama mais a atenção no comportamento dos benefícios, no entanto, é a violenta redução constatada no **Salário Família**, tanto em termos do valor da sua despesa - que **cai 81%** no período - como em termos da participação relativa no total do gasto - que **passa de 4,9%** em 1986 (superior a cada uma das Rendas Mensais Vitalícias) **para 1,1%** em 1990 (muito inferior a todos os benefícios). O gasto com esse benefício, que já é regressivo em termos de sua distribuição pelas diferentes faixas de renda, não atendendo a quem de fato dele necessita, se vê reduzido a quase nada.

DESPESA COM BENEFÍCIOS POR TIPO E PARTICIPAÇÃO RELATIVA NO TOTAL DA DESPESA - BRASIL - 1986/90

BENEFÍCIOS	Valor US$ milhão(1)		%	Partícip.Relativa	
	1986	1990	1990/86	1986	1990
Aposentadorias	8.947	7.043	-21,28	56,24	54,22
Invalidez	2.403	1.844	-23,26	15,11	14,20
Velhice	2.144	1.625	-24,24	13,48	12,51
Tempo Serviço	3.788	3.086	-18,53	23,81	23,76
Pensões	2.334	1.822	-21,94	14,67	14,03
Auxílio Doença	1.093	888	-18,81	6,88	6,84
Salário Família	777	146	-81,15	4,88	1,13
Renda Mensal Vit.	837	646	-22,79	5,26	4,97
RMV Inválidos	446	330	-25,95	2,80	2,54
RMV Idosos	390	315	-19,18	2,46	2,43
Benefícios Acidentários	632	503	-20,35	3,97	3,88

FONTE: DATAPREV/SINTESE.
(1) Em dólares de dezembro de 1990.

Ao analisar, no interior do grupo das Aposentadorias, a participação relativa de cada uma de suas modalidades no ano de 1990 (ver Tabela abaixo), verifica-se que as **Aposentadorias por Velhice**, majoritárias em termos de número (quase 45%), são as que menos recursos consomem, gastando apenas 23% do total da despesa com Aposentadorias, confirmando os baixos valores pagos por benefício nessa categoria.

As **Aposentadorias por Invalidez**, em segundo lugar em termos de importância numérica (32%), ficam com 26% do total do gasto com Aposentadorias, atribuindo ao risco **invalidez** um valor monetário maior que o risco **velhice** na interrupção da capacidade de trabalho. Este grupo de benefícios é responsabilizado pelo maior índice de fraudes no sistema previdenciário.

Finalmente, as controvertidas **Aposentadorias por Tempo de Serviço**, minoritárias em termos de volume de benefícios, se apropriam de **44%** da despesa com Aposentadorias, e de **24%** da Despesa Total com Benefícios (ver Tabela acima), com o que situa esse benefício em primeiro lugar em termos de despesa individual. Além disso, o valor médio desse tipo de Aposentadorias, que ultrapassava 4 salários mínimos, representa mais do que o dobro do valor médio do sistema ([20]). Outro dado é o de que 60% dos aposentados por esse regime têm menos de 55 anos no momento de sua aposentadoria ([21]).

O caráter controvertido desse tipo de Aposentadoria fica por conta de que, a princípio, ele deveria beneficiar uma população de baixa renda, quase sempre submetida a condições de trabalho mais desgastantes, além de entrar para a força de trabalho muito mais cedo em termos etários. No

entanto, os dados acima aparentemente comprovam que a maioria dos beneficiários da Aposentadoria por Tempo de Serviço não se inclui nessas faixas da população. O argumento (muito utilizado) de que esse tipo de Aposentadoria existe em muito poucos países não seria convincente se, nas condições de profunda desigualdade brasileira (também comparável a um número muito reduzido de países), esse benefício fosse mais progressivo, assumindo um caráter mais seletivo na medida em que se dirigisse àqueles setores da população que, além de ingressar mais cedo na força de trabalho, mantêm condições de trabalho desfavoráveis e baixos níveis de rendimentos ao longo de sua vida ativa.

PARTICIPAÇÃO RELATIVA DAS PRINCIPAIS MODALIDADES DE APOSENTADORIA
BRASIL - 1990

APOSENTADORIA	Participação no Número de Aposentadorias(%)	Participação na Despesa com Aposentadorias(%)
Por Velhice	44,75	23,07
Por Invalidez	32,32	26,18
Por Tempo de Serviço	22,93	43,81

FONTE: Ministério da Previdência Social e DATAPREV/SINTESE.

Finalmente, as Tabelas abaixo apresentam dados que atestam os baixos valores dos benefícios previdenciários brasileiros, além do caráter regressivo de sua distribuição.

A primeira divisão é entre Benefícios **Urbanos** e **Rurais**. O valor médio dos primeiros é significativamente superior: os benefícios urbanos, que representam cerca de 2/3 do número de benefícios do sistema, consomem cerca de 80% dos valores pagos ([22]).

A quase totalidade dos benefícios **rurais** (99,1%) está situada na faixa de até um salário mínimo (ver Tabela abaixo). Esses benefícios estão constituídos pela Aposentadoria por Velhice (40% do total rural), pela Pensão por Morte (24%), e pela Aposentadoria por Invalidez (9,9%), não havendo diferença significativa em termos de valor médio entre eles ([23]).

A regressividade entre os benefícios **urbanos** se dá em termos dos valores pagos: **63%** desses benefícios se situam na faixa de até um salário mínimo, o que consome apenas **31%** do total da despesa; 66% dessa despesa é absorvida por benefícios com valores até 5 salários mínimos, os quais representam 91% do total de benefícios urbanos. Ou seja, 9% dos benefícios se apropriam de um terço do valor total dos benefícios urbanos pagos (ver Tabela abaixo). Este último grupo está básicamente representado pelas Aposentadorias por Tempo de Serviço (ver análise acima).

Em dezembro de 1992 (ver Tabela abaixo), a grande maioria - **74%** - do total dos benefícios (urbanos e rurais) estava na faixa de um (1) salário mínimo, consumindo apenas **44%** do valor total pago por esses benefícios. A distribuição dos benefícios por faixa de valor praticamente não se altera em dezembro de 1993 (ver Tabela abaixo): 87,5% do total de benefícios, situados na faixa até 3 (três) salários mínimos, se apropriavam de 58,5% dos recursos.

DISTRIBUIÇÃO DOS BENEFÍCIOS EM MANUTENÇÃO POR FAIXA DE VALOR
BRASIL - DEZEMBRO DE 1992

Benefícios Urbanos

Faixas de S.M.	Número		Valor	
	Participação %	Acumulado %	Participação %	Acumulado %
0 - 1	63,12	63,12	31,08	31,08
1 - 3	19,64	82,76	18,54	49,62
3 - 5	8,23	90,99	16,64	66,26
5 - 10	8,51	99,50	30,15	96,41
acima de 10	0,50	100,00	3,59	100,00

Benefícios Rurais

Faixas de S.M.	Número		Valor	
	Participação %	Acumulado %	Participação %	Acumulado %
0 - 1	99,08	99,08	98,15	98,15
1 - 3	0,77	99,85	1,18	99,33
3 - 5	0,11	99,96	0,43	99,76
acima de 10	0,00	100,00	0,00	100,00

Benefícios Urbanos e Rurais

Faixas de S.M.	Número		Valor	
	Participação %	Acumulado %	Participação %	Acumulado %
0 - 1	74,23	74,23	43,79	43,79
1 - 3	13,81	88,04	15,25	59,04
3 - 5	5,72	93,76	13,57	72,61
5 - 10	5,90	99,66	24,48	97,09
acima de 10	0,34	100,00	2,91	100,00

FONTE: Ministério da Previdência Social, Informe da Previdência Social, janeiro de 1993.

DISTRIBUIÇÃO DOS BENEFÍCIOS EM MANUTENÇÃO POR FAIXA DE VALOR
BRASIL - DEZEMBRO DE 1993

Faixas de S.M.	Número		Valor	
	Participação %	Acumulado %	Participação %	Acumulado %
0 - 1	73,61	73,61	43,34	43,34
1 - 3	13,89	87,50	15,22	58,55
3 - 5	6,09	93,59	14,39	72,54
5 - 10	6,13	99,72	24,73	97,27
acima de 10	0,28	100,00	2,73	100,00

FONTE: Ministério da Previdência Social.

Os Benefícios Assistenciais

A partir da legislação que regulamenta o Plano de Benefícios da Previdência Social no Brasil, deriva-se como ASSISTENCIAL o "conjunto de benefícios que se destina a proteger, através da distribuição de uma RENDA ADICIONAL, os segmentos mais carentes do universo dos segurados em algumas **situações particulares de risco**" ([24]).

A legislação previdenciária ([25]) define os Grupos Básicos de Benefícios:

I - Benefícios de manutenção de renda, de longa duração, como Aposentadorias e Pensões;

II - Benefícios de manutenção de renda temporários, como o Auxílio-Doença, o Auxílio-Reclusão e o Salário-Maternidade;

III - Benefícios complementares, como o Abono de Permanência, o Abono Anual e o Salário-Família;

IV - **Benefícios assistenciais**, como a Renda Mensal Vitalícia e os de prestação única, como o Auxílio-Natalidade e o Auxílio-Funeral;

V - Benefícios por Acidentes de Trabalho;

VI - Benefícios do regime rural.

Para efeitos da nossa análise, serão aqui considerados como **Benefícios Assistenciais** aqueles definidos pela legislação - **Renda Mensal Vitalícia por Invalidez e por Idade** (acima de 70 anos) e **Auxílios Natalidade e Funeral** - bem como o **Salário-Família** ([26]). Este último assume uma conotação assistencial pela sua própria natureza, sobretudo a partir de sua redefinição por seletividade após a regulamentação dos benefícios previdenciários ([27]).

Tendo sido feita a análise do comportamento dos benefícios previdenciários em geral no ítem anterior, nos limitaremos aqui a destacar o comportamento particular dos **Benefícios Assistenciais** acima definidos.

A evolução **quantitativa** desse grupo de benefícios no período 1980/92 apresentou as seguintes características ([28]):

- em termos de volume de benefícios aquele que se destaca no grupo assistencial é o **Salário-Família**, que representava 87,5% dos benefícios assistenciais e 50,2% do total de benefícios previdenciários em 1991;

- houve um crescimento de aproximadamente 2% no número de Salários-Família em manutenção entre 1980 e 1991, último ano para o qual se dispõe de informações ([29]);

- a **Renda Mensal Vitalícia**, tanto para beneficiários urbanos como para rurais, é o segundo benefício mais significativo em termos numéricos a partir de 1984, com uma tendência crescente de participação no total de benefícios até o final do período: esta participação é de 9,4% no grupo assistencial e de 5,4% no total de benefícios ao final do período;

- houve um crescimento real de 7% no número de segurados urbanos e rurais que recebiam Renda Mensal Vitalícia entre 1980 e 1991, destacando-se que o crescimento até 1990 foi mais expressivo (da ordem de 18%), caindo posteriormente 9% nos dois últimos anos. A velocidade de expansão desses segurados, de 1,7% a.a. entre 1980 e 1990, passa a ser negativa no período pós-1990;

- o **Auxílio Natalidade** reduz sua participação no grupo dos benefícios assistenciais de 9,2% em 1980 para 1,9% em 1991. No total de benefícios essa participação também se vê reduzida de 6,5% para 1,1% no mesmo período. Junto com o Auxílio Funeral, representavam mais da metade dos benefícios assistenciais concedidos e em manutenção no início do período (excluindo-se o Salário Família, por seu tamanho diferenciado), passando a representar em 1991 menos de 20% do total;

- houve uma queda expressiva no número de concessões dos Auxílios Natalidade e Funeral, especialmente no período pós-1988. Ao comparar o número desses benefícios concedidos em 1980 com os concedidos em 1992, verifica-se uma redução de 80% no número de beneficiários. A intensidade da queda no número de concessões tornou-se maior ao final do período analisado: -25,8% entre 1988 e 1992;

- houve um aumento do número total de segurados cobertos pelos benefícios assistenciais de prestação continuada (Renda Mensal Vitalícia e Salário-Família).

Analisando esse mesmo grupo de benefícios assistenciais do ponto de vista da **despesa** realizada com os mesmos, tem-se as seguintes observações ([30]):

- verifica-se uma **queda de 50%** no total de recursos alocados no pagamento dos benefícios assistenciais;

- essa queda decorreu, principalmente, de uma substancial redução no gasto com **Salário-Família**, que entre 1980 e 1992 foi da ordem de **79%**. Os recursos dispendidos com este benefício passam de um patamar de um bilhão de dólares entre 1980 e 1982 para um patamar de cem milhões de dólares a partir de 1991 (o nível mais baixo do período);

- a despesa referente à **Renda Mensal Vitalícia** (RMV) para segurados rurais e urbanos, sofre oscilações significativas ao longo do período. Situada em torno de um bilhão de dólares entre 1980 e 1983, se reduz em cerca de 25% a partir de 1984, variando nos anos subsequentes entre seiscentos e oitocentos milhões de dólares, permanecendo neste último nível em 1992. No período como um

todo, portanto, os recursos alocados para pagamento da R.M.V. sofreram queda de **12%**; e entre o nível mais elevado e o menos elevado (1982 e 1988 respectivamente), apresentaram redução de **49%**;

- também as despesas com os **Auxílios Funeral e Natalidade** se reduziram bastante (apesar de influenciar pouco no total do gasto): sua participação na despesa com o grupo de benefícios assistenciais se viu reduzida de 7,7% para 2,2%, passando de cerca de 169 milhões de dólares em 1980 para cerca de 24 milhões de dólares em 1992.

Entre outras, são apresentadas as seguintes explicações para o comportamento do grupo de benefícios assistenciais descrito acima ([31]):

- maior seletividade em função da renda (discriminação positiva) na concessão desses benefícios, particularmente para o Salário-Família e o Auxílio-Funeral, que após 1988 passaram a ter seu valor diminuído para os beneficiários com renda acima de três S.M.;

- maior dificuldade de acesso aos serviços previdenciários por parte da população de baixa renda, em princípio clientela alvo dos benefícios assistenciais. Alega-se obstáculos de ordem burocrática nas unidades de atendimento, que dificultam ou mesmo impedem o acesso aos serviços por parte da população mais pobre ("represamento informal da concessão"), além do obstáculo adicional que é a péssima distribuição regional e intra-regional dos postos de benefícios especialmente nas periferias urbanas e zonas rurais ([32]);

- a não recomposição dos valores reais dos benefícios. Após a Constituição de 1988, estabeleceu-se um piso mínimo para a Renda Mensal Vitalícia e passou-se a calcular o valor dos demais benefícios assistenciais a partir de percentuais do salário mínimo;

- forte redução do salário mínimo de referência, o que acarretou a diminuição dos valores reais de todos os benefícios a ele vinculados. A Tabela abaixo, que mostra a estimativa do valor médio da cota do Salário-Família e sua evolução em termos reais, confirma a drástica redução nos valores desse benefício.

VALORES MÉDIOS DA COTA DO SALÁRIO-FAMÍLIA
BRASIL - 1980 A 1991

ANOS	US$ COMERCIAL(1)	ÍNDICE CRESCIMENTO	TAXAS DE VARIAÇÃO ANUAL
1980	3,81	100	-...
1981	4,38	115	15,0
1982	4,52	119	3,2
1983	3,02	79	-33,2
1984	2,58	68	-14,6
1985	2,60	68	0,8
1986	2,83	74	8,8
1987	2,04	54	-27,9
1988	1,94	51	-4,9
1989	1,60	42	-17,5
1990	1,01	27	-36,4
1991	0,95	25	-5,9

FONTE: MPS/DATAPREV - SINTESE.Tabela reelaborada pela autora com base na Tabela 6, NEEP/UNICAMP,1993, p.44.(1) Dólar no câmbio médio de venda no ano.

Em síntese, o quadro abaixo mostra, no grupo assistencial, a posição relativa de cada tipo de benefício em termos de importância numérica e de participação na despesa. A primeira observação diz respeito às duas situações opostas em termos de relação número de beneficiários e despesa: a primeira é a da **Renda Mensal Vitalícia**, com 9,5% dos beneficiários que consomem 93% da despesa total. A segunda é a do **Salário Família**, que possui a grande maioria dos beneficiários (87,5%) e gasta apenas 5,9% do volume de recursos total.

O destaque aqui é para o baixíssimo valor do Salário Família, já que o valor da Renda Mensal Vitalícia é fixado em 1(um) salário mínimo. Se retirarmos o Salário Família, a Renda Mensal Vitalícia para beneficiários urbanos e rurais representa 76% do total de beneficiários, consumindo quase a totalidade dos recursos (98,8%). Isto mostra também os reduzidos valores pagos pelos Auxílios (Natalidade e Funeral), que consomem apenas 1,1% do total da despesa, representando 3% dos beneficiários.

DISTRIBUIÇÃO DOS BENEFÍCIOS ASSISTENCIAIS SEGUNDO O NÚMERO DE BENEFICIÁRIOS E AS DESPESAS
BRASIL - DEZEMBRO DE 1991

ESPECIE	Número de Beneficiários	Distribuição Percentual	Despesa (1)	Distribuição Percentual
RENDA MENSAL VITALÍCIA	1.418.006	9,5	749.185	93,0
Inválidos urbanos	478.205	3,2	252.653	31,4
>s 70 anos urbanos	321.563	2,1	169.894	21,1
Inválidos rurais	293.331	2,0	154.978	19,2
>s 70 anos rurais	324.907	2,2	171.660	21,3
SALÁRIO FAMÍLIA(2)	13.104.982	87,5	47.536	5,9
PARCELA ÚNICA	450.955	3,0	9.189	1,1
Auxílio Natalidade	359.164	2,4	8.373	1,0
Auxílio Funeral	91.791	0,6	816	0,1
TOTAL	14.973.943	100,0	805.91	100,0

FONTE: DATAPREV/PLANO TABULAR DE BENEFÍCIOS, Previdência em Dados, 7(3),1992; in NEEP/UNICAMP,op.cit.,p.54.
(1) Cr$ milhões de dez/1992.
(2) Número de beneficiarios estimado pela razão entre o gasto total e a menor cota do Salário Família. A despesa refere-se ao valor anual dividido por 12.

NOTAS

(1) Dados disponíveis apenas no Suplemento Mão de Obra e Previdência da PNAD de 1983.
(2) Dados da PNAD 1990 - IBGE.
(3) ver Tavares Soares, L. e Marques, R.M., "Previdência Social: São Paulo e Brasil na década dos 80", Texto para Discussão do IESP/FUNDAP, no.17, abril de 1994.
(4) ibid.p.10.
(5) ibid.p.13.
(6) Não se descarta, no entanto, que esse aumento da taxa de contribuição nessa faixa possa também ser explicado pela ampliação do uso do trabalho do menor e da jornada por tempo parcial. Além disso, é possível que as pessoas, ao informarem seu rendimento, tenham declarado o valor líquido no lugar do bruto (ver ibid.p.13).
(7) id.ibid.
(8) Refere-se ao estoque de benefícios existente em dezembro de cada ano.
(9) Refere-se ao fluxo de novos benefícios concedidos durante cada ano.
(10) Respectivamente de 65 e 60 anos para homens e mulheres.
(11) Ver Tavares Soares e Marques, op.cit., p. 16.
(12) id.ibid.
(13) ibid.p.17.
(14) Não existe Aposentadoria por Tempo de Serviço na área rural.
(15) Diferença devida aos beneficiários entre 1988 e 1991. Somente o gasto com o pagamento dos atrasados do 147% representou 7,36% do total dispendido com benefícios previdenciários no ano de 1993, comprometendo US$1.249,7 milhões (ver Médici e Marques,1994, p.8.)
(16) Ver Médici e Marques, op.cit., p.7.
(17) ibid. p.7
(18) ibid. p.10.
(19) id. ibid.
(20) Dados de 1990. Ver Azeredo, 1993, p.24.
(21) Dados de dezembro de 1985, ibid., p.24.
(22) ibid.p.23.
(23) id.ibid.
(24) ver NEEP/UNICAMP. "Previdência e Assistência Social", Relatório Final, CEPAL/MPAS/NEPP, mimeo, set/1993, p.3.
(25) MPAS, Regulamento dos Benefícios da Previdência Social, Dec.611 de 21/07/92, in NEEP/UNICAMP,op.cit.,p.5.
(26) Esta definição foi adotada pelo estudo do NEEP/UNICAMP op.cit.
(27) Foram definidos dois níveis: uma quota de 8% do Salário Mínimo para segurados com rendimento até 3 S.M. e uma quota de 1% para os com rendimentos superiores. Ver artigo 79 do Regulamento dos Benefícios da Previdência Social, Dec.611 de 21/07/92.
(28) Ver análise do estudo do NEEP/UNICAMP,op.cit.,p.31-32.
(29) As variações observadas ano a ano devem-se em grande parte à fragilidade da forma de registro do número de beneficiários. Estes foram estimados pela divisão do total do gasto realizado com o pagamento do benefício pelo valor da cota a cada mês. Portanto, o número apresentado deve ser considerado apenas como um referencial da abrangência do benefício. Ver ibid.p.32.
(30) Ver estudo NEEP/UNICAMP op.cit.,p.36-37.
(31) ver ibid.,p.43.
(32) id.ibid.

CAPÍTULO II: (CONT.)

6 - As Políticas Setoriais da Seguridade Social

6.3 - Assistência Social

No Brasil, no já heterogêneo conjunto de Políticas Públicas na Área Social, destaca-se a Assistência Social como aquela que menos se configura como tal, no sentido da unicidade e coordenação de suas ações. Históricamente, essa tem sido uma área caracterizada por programas pulverizados, envolvendo ações de natureza distinta, e de modo geral de caráter emergencial e temporário. Estes programas, sobretudo os federais, em sua maioria criados na década de 70, caracterizam-se pela sua centralização, embora em todos os documentos de política referentes à essa área se ressalte a descentralização, dos recursos e das ações, como estratégia central.

A fragmentação institucional, e a ausência de integração e coordenação dos programas de AssistÊncia Social, se agravam ao considerar-se na implementação de ações nessa área também os órgãos estaduais e municipais. Ao mesmo tempo que isso gera situações de superposição, fazendo com que parte da clientela possa usufruir de vários programas (até como estratégia de sobrevivência), pode também gerar exclusões, deixando de cobrir grupos da população necessitados de assistência. Além dos diferentes órgãos nos três níveis de govêrno, há uma rede entre o setor público e diversos tipos de entidades privadas de assistência social, através de convênios e subvenções para o repasse da execução de serviços.

A dispersão acima apontada, no plano da política e das ações, também se verifica na forma como os recursos são previstos e aplicados nos programas assistenciais. Suas fontes de financiamento, que deveriam ser de origem predominantemente fiscal dada a natureza de suas ações, nem sempre são bem definidas, nem no montante e nem no fluxo dos recursos. A visibilidade, portanto, dos recursos destinados à essa área é bastante precária. Menos visível ainda é a sua distribuição pelas unidades da federação, sobretudo, e ainda, na chamada "ponta da linha". Os respectivos "canais de acesso"aos fundos públicos, portanto, são de difícil identificação, pela sua "informalidade", dispersão e descontinuidade.

A substituição de recursos fiscais por fontes diversas de caráter para-fiscal (traço característico do financiamento do gasto social no pós-64), já colocava, desde a década de 70, agravando-se nos anos 80, alguns problemas que hoje continuam na pauta de discussão.

O primeiro deles, de ordem mais geral, é sobre a adequação dessas fontes alternativas no financiamento da Assistência Social, sobretudo das contribuições previdenciárias, cujo peso maior recai sobre os trabalhadores, gerando efeitos de caráter regressivo. Diversos autores colocam como mais adequado, para este tipo de política social, a utilização de recursos fiscais que provenham de um sistema tributário progressivo.

Outro problema, já aqui mencionado, diz respeito à escassa visibilidade desses recursos e à ausência de controle público dos diversos fundos. Além da indefinição do montante destinado aos programas assistenciais, essa questão implica também na descontinuidade e na imprevisibilidade na liberação dos recursos.

Ao lado dos problemas apontados de fragmentação institucional da política de Assistência Social, de superposição de programas e de financiamento, vários outros podem ser identificados nessa área. Pode-se citar como exemplos a insuficiência de recursos humanos, no sentido de baixa qualificação e remuneração; o declínio da qualidade dos serviços; a ausência de mecanismos de controle e avaliação dos programas desenvolvidos, com desconhecimento dos seus impactos; multiplicação de experiências-piloto de curta duração e eficácia duvidosa; existência de concepções e práticas vistas como espécie de "caridade pública", que tratam o indivíduo como "assistido", perpetuando sua condição de excluído.

Frente a esse diagnóstico, e reconhecendo, por outro lado, a evidente necessidade de dar uma resposta pública aos enormes e complexos problemas sociais acumulados no país, diversas propostas tem sido feitas. Uma determinada linha de consenso em torno do reordenamento da política de AssistÊncia Social poderia ser resumida nas seguintes propostas: definição das competências das diversas esferas de governo, com ênfase na descentralização e na necessidade de coordenação e integração dos programas e ações; recursos financeiros suficientes e adequados, nítidamente identificados e garantidos, mesmo que provenientes de fontes diversificadas; e criação de mecanismos de participação e controle social. De acordo com essa linha, essas propostas deveriam partir do pressuposto da AssistÊncia Social como direito social (base da cidadania), o que implicaria na formulação de programas de caráter "preventivo", capazes de combater as "causas das carências"; evitando-se assim o assistencialismo que eterniza a exclusão social e impede o "avanço do processo de extensão da cidadania plena" ([1]).

Esse dilema entre uma política de Assistência Social que tenha um papel na superação da pobreza, na medida em que possa promover a organização e participação dos excluídos, garantindo ainda o acesso ao trabalho, à renda e à utilização dos equipamentos sociais; versus uma política de Assistência Social que contribua para um modelo de desenvolvimento econômico e social excludente e concentrador, perpetuador da pobreza, continua vigente até hoje. Possívelmente até de forma mais acentuada, em função do agravamento da situação social e da crise do setor público.

Outro aspecto relevante é o fato de que a Assistência Social vem assumindo recentemente papel crescente nas Políticas Sociais, tanto em termos de estratégia (através da substituição dos direitos universais de cidadania), como de prioridades de ação. Sob as mais variadas denominações e formas, ela vem sendo adotada na última década, seja para dar maior visibilidade política à chamada prioridade social do govêrno (como foi o caso de alguns programas no govêrno da Nova República), seja para suprir necessidades sociais emergenciais em decorrência da recessão, implementando ações governamentais de caráter assistencial residual e de impacto duvidoso (como é o caso do período Collor e pós-Collor).

Assistência Social: Período 1985/1987

A análise dos principais **Planos de Governo da Nova República**, formulados entre 1985 e 1986, revela a estratégia inicial de mudanças estruturais para a ampliação dos graus de efetividade dos programas sociais. Essa estratégia admitia que o enfrentamento dos desequilíbrios sociais

requeria mudanças mais amplas no âmbito da economia e da sociedade. Sua viabilização contemplava simultaneamente medidas de caráter emergencial, visando objetivos de curto prazo e envolvendo um conjunto de **programas assistenciais**, especialmente no campo da **alimentação e nutrição**, e medidas de caráter estrutural,com objetivos de mais longo prazo.

Com relação aos programas emergenciais, a **Área Assistencial** foi contemplada nos Programas de Prioridades Sociais - PPS/85 e PPS/86. Estavam aí incluídos tanto os Programas de Suplementação Alimentar, bem como a destinação de recursos ao Reforço Alimentar ao Programa de Creches da LBA (PPS/85) e ao Programa Primeiro Criança (PPS/86).

Nas medidas de caráter estrutural se inclui, entre outras, "a revisão do padrão de intervenção dominante nas principais políticas setoriais que vinham sendo implementadas na área social" ([2]). O **I PND (Plano Nacional de Desenvolvimento) da Nova República**, no plano setorial da **Previdência Social**, reconhece a necessidade de reestruturar a política de **Assistência Social** a partir da identificação de problemas nessa área, tais como: "níveis de atendimento insatisfatórios por parte das instituições de assistência e promoção social, por falta de suporte financeiro e inadequação das estratégias, processos e metodologias adotados" ([3]). São propostas estratégias e linhas programáticas visando a descentralização, a democratização, a integração de ações governamentais e comunitárias, bem como a configuração de programas de caráter preventivo.

Nessa perspectiva de reordenamento da política de Assistência Social, foi criada, em 1986, por Portaria do Ministério de Previdência e Assistência Social, uma Comissão de Apoio à Reestruturação da Assistência Social ([4]), com o intuito de avaliar a política existente e propor linhas de reformulação.

A implementação dessas mudanças, no entanto, se viu limitada por dois fatores básicos: o desequilíbrio financeiro do Setor Público que, em última instância, colocava obstáculos efetivos à revisão dos mecanismos de financiamento do gasto social; e as clivagens do sistema político, dada a natureza do processo de transição democrática por que passava a sociedade brasileira. Em 1987, com o agravamento da conjuntura político-econômica, esses limites tornaram-se ainda mais estreitos.

O desenho de uma política governamental paralela à máquina estatal foi materializado institucionalmente pela SEAC na chamada **"Ação Comunitária"**. Sua justificativa era a de que seria um mecanismo capaz de se sobrepor às mazelas da máquina estatal, responsáveis pela "inépcia" de suas ações, e contrapor-se à centralização excessiva das decisões, à tecnocracia, ao desperdício, às obras suntuosas e desnecessárias, à intermediação financeira e à demora na liberação de recursos. Através dessa estrutura paralela seria possível a execução de obras "simples e baratas", realizadas pelo povo "com suas próprias mãos".

A ênfase atribuída a esse tipo de Programas no âmbito das ações sociais do Governo fica clara em agosto de 1987, com o lançamento do **Programa de Ação Governamental (PAG)**, que traçava as diretrizes e as metas governamentais para o período **1987/91**.

O **PAG** propunha para os Programas Sociais da SEAC uma ampliação "explosiva". Foi definido um amplo conjunto de ações emergenciais voltadas para todas as áreas de Política Social do Governo Federal, sob a denominação de **"Mutirão contra a Pobreza"**. Com a previsão de

investimentos da ordem de Cz$479,5 bilhões (**algo em torno de 19 bilhões de dólares**) para o período **1987/91**, e **73 milhões de pessoas diretamente beneficiadas**, esse "Mutirão" passaria a incorporar os seguintes programas: Apoio ao Menor Abandonado; Construção de Moradias de Baixo Custo; Mutirão Habitacional; Apoio Comunitário às Populações Rurais Carentes; Escolas Rurais Comunitárias; Saneamento Básico Rural; Apoio aos bóia-frias; Apoio Comunitário aos Idosos; Apoio às Comunidades Faveladas; Apoio Comunitário à Reforma Agrária; Sistema de Atividades Comunitárias Integradas.

Todos esses Programas se coadunavam com a chamada "filosofia de ação comunitária" que orientava a atuação da SEAC, a qual preconizava: o fim do centralismo das decisões governamentais; a eliminação da intervenção da burocracia estatal e a participação direta da população beneficiária na gestão dos Programas Sociais. A tônica na **descentralização administrativa e na participação comunitária** seria operacionalizada através de convênios diretos com entidades públicas e/ou privadas para a execução dos programas, o que eliminaria a burocracia, os intermediários, e reduziria os custos administrativos, garantindo maior eficiência das ações.

Os Programas de Alimentação e Nutrição

Na mencionada estratégia da Nova República para a Política Social, os Programas de Alimentação e Nutrição se inserem,portanto, no âmbito de um conjunto de medidas de caráter emergencial e assistencial, destinadas a minorar as carências mais prementes das populações de baixa renda.

A nível dos **Planos e Programas**, conferiu-se prioridade ao combate às carências alimentar e nutricional da população brasileira. Foram definidas metas de atendimento e previstos acréscimos substanciais no aporte de recursos para cada um dos programas integrantes do **II Programa Nacional de Alimentação e Nutrição-II PRONAN** (Programa Nacional de Alimentação Escolar-PNAE; Programa de Suplementação Alimentar-PSA; Programa de Complementação Alimentar-PCA), além da inclusão de duas novas linhas de ação, representadas pelo **Programa Nacional do Leite para Crianças Carentes (PNLCC)** e pelo **Programa de Alimentação Popular (PAP)**. Foi dada ênfase à universalização do atendimento aos grupos considerados mais carentes, através da expansão progressiva da cobertura desses programas.

A prioridade atribuída a esses Programas se traduziu no estabelecimento de metas ambiciosas de atendimento, previstas para o período de 1985/89. Eles se integravam em duas linhas básicas de ação: a Suplementação Alimentar, que operava através da distribuição gratuita de alimentos aos grupos biológicamente mais vulneráveis (crianças, nutrizes e gestantes) e escolares; e a concessão de subsídios à comercialização de alimentos em áreas de população de baixa renda.

Além desses mencionados, integrantes do II PRONAN, dois novos Programas foram criados na Nova República:

- **Programa de Alimentação Popular (PAP)**: implantado em setembro de 1985, o PAP foi executado pela COBAL, nos moldes do PROAB, mas sem a concessão de subsídios aos preços dos produtos alimentares. Operava de forma complementar ao PROAB, já que sua área de atuação se

estende aos centros urbanos das demais regiões do país. Os planos de governo previam uma rápida expansão do PAP, de forma a atingir 30 milhões de beneficiários.

- **Programa Nacional do Leite para Crianças Carentes** (PNLCC): foi lançado em novembro de 1985, sob a coordenação da Secretaria Especial de Ação Comunitária (SEAC), vinculada inicialmente à Presidência da República e, a partir de 1987, à Secretaria de Planejamento (SEPLAN/PR). Era operado através de convênios com entidades comunitárias e tinha por objetivo fornecer, diariamente, um litro de leite à pçopulação infantil de até sete anos, de famílias com renda de até dois salários mínimos.

O Programa do Leite foi considerado modelo a ser seguido por todos os setores da área social. Este modelo foi desenvolvido pela SEAC, responsável pela implementação do Programa do Leite e de um conjunto de outros programas sociais, sob a denominação genérica de "Ação Comunitária".

As metas traçadas para os três principais programas de Nutrição deixam claro o peso atribuido ao **Programa do Leite**: os recursos a ele destinados triplicam no período, superando em muito os do PSA e PNAE, programas cujo número de beneficiários eram significativamente superiores (11.000 e 32.000 respectivamente, contra 6.000 do PNLCC em 1987).

Partindo de um diagnóstico alarmante da situação alimentar do país (67% da população brasileira não atingiria os níveis mínimos de consumo recomendados pela FAO/OMS de 2.240 calorias/dia), o **PAG** (Programa de Ação Governamental) propunha a expansão dos programas de suplementação alimentar enquanto medida de caráter emergencial e transitório para promover a melhoria imediata dos padrões nutricionais dos grupos populacionais mais carentes.

Nos moldes já estabelecidos para o Programa do Leite, foram enfatizadas como diretrizes para o Setor a **descentralização/municipalização** da execução dos programas de Suplementação Alimentar e a **participação comunitária**. Em função da participação de mais de 10 mil entidades comunitárias na sua administração, o PNLCC foi apresentado como modelo de agilidade operacional e racionalização de custos a ser seguido pelos demais programas de suplementação alimentar e pelos demais setores da área social.

O **Programa do Leite** foi então tomado como exemplo dessa estratégia, operando em convênio com Instituições Comunitárias cadastradas pela SEAC, encarregadas da distribuição de tíquetes às famílias beneficiárias, que adquiririam o leite diretamente nas padarias, prescindindo assim do tradicional sistema de compra, estocagem e distribuição do produto pelo Governo. Tal sistema baratearia os custos operacionais e agilizaria a execução do Programa. Já em **1987** os dados da SEAC registravam o atendimento de **6 milhões de crianças** com a participação de **18 mil associações e entidades**. Como consequencias do Programa do Leite no país foi destacado: estímulo à produção, cujo crescimento passou de 2% ao ano para 14% em 1987; extinção do subsídio de 30% à pecuária leiteira, que beneficiava somente os grandes produtores e, indiretamente, as faixas de maior poder aquisitivo que consomem os derivados do leite.

Programas de Assistência Social

Os programas na área de Assistência Social propriamente dita, continuaram a ser desenvolvidos pela **LBA-Legião Brasileira de Assistência.**

De um total de 14.868.152 atendimentos no ano de **1985**, os programas mais significativos em termos de número de pessoas atendidas foram as Ações Integradas de Saúde (3.299.389); o PRONAV - Programa Nacional de Voluntariado (3.399.406); e os programas de Atendimento Comunitário (com 2.017.498 atendimentos). No entanto, com relação aos recursos aplicados nesse mesmo ano (aproximadamente 111 milhões e 600 mil dólares), há uma modificação nessa hierarquia. Coube ao Programa de Assistência aos Excepcionais a maior parcela desses recursos: 23,26% do total(em torno de US$ 26 milhões).

Cabe destacar os Programas na área de Alimentação e Nutrição - Promoção Nutricional e Complementação Alimentar - como sendo aqueles que, em conjunto, mais consumiram recursos no ano de 1985: 36,75% do total (US$ 16 milhões e US$ 25 milhões). Nesses Programas foram atendidas 979.957 pessoas, em média, mensalmente. Destas, mais de 60% se concentravam na Região Nordeste.

Outro Programa que gastou importante parcela desses recursos foi o de Creche Casulo, com 21,67 % do total (US$ 24 milhões) ; dando cobertura a 838.560 crianças. Cabe aqui ressaltar que, deste total, 95,10 % (797.539) coube à assistência indireta (através de entidades conveniadas). Mais da metade das crianças atendidas se encontrava na Região Nordeste, aonde se concentrou igual proporção de recursos, com destaque para os Estados do Ceará e Pernambuco.

O desempenho desses Programas na área de Alimentação e Nutrição práticamente se mantém no ano de **1986**, com um custo equivalente a aproximadamente 79 milhões de dólares.

A composição do gasto da LBA em 1986 se modifica com relação ao ano anterior: é a Assistência ao Menor, através da Creche Casulo, que consome maior parcela dos recursos (aproximadamente 1/4 do total), seguida de perto pelo Programa de Complementação Alimentar, o que demonstra o aumento do custo neste último, já que sua clientela não aumenta na mesma proporção. Destaca-se, em terceiro lugar, o Programa de Cursos e Grupos de Produção, na área do Trabalho; ficando a Assistência aos Excepcionais (em primeiro lugar em 1985) com o quarto lugar em termos de recursos aplicados.

No ano de **1987**, o orçamento da LBA apresentou uma expansão em termos reais da ordem de 197%, alcançando a cifra aproximada de um pouco mais de 1 bilhão de dólares. Houve um reforço à tendência, delineada em 1986, de dar prioridade às ações preventivas e de ampliação dos projetos voltados para a geração de renda.

A expansão de linhas programáticas e de cobertura, segundo o relatório da LBA de 1987, foi alcançada graças à estratégia de "buscar parcerias com outras instituições públicas e privadas que receberam recursos da LBA através de acordos firmados": a proporção dos recursos destinados às ações programáticas canalizados para outras instituições, que em 1986 alcançava 72%, em 1987 chegou a 80% dos recursos orçamentários. O mesmo relatório concluia que "esses dados revelam a convicção de que o melhor atendimento às necessidades sociais está associado à **descentralização** das decisões e ao desenvolvimento na execução de outras entidades". Neste sentido, a LBA

promoveu uma reforma organizacional, a qual, através de Portaria Ministerial (3.939 de fevereiro de 1987), concede uma crescente autonomia às suas Superintendencias Regionais na busca de seus "parceiros" a nível regional.

Assistência Social: período 1988 / 1990

Os Programas de Alimentação e Nutrição

Como nos anos anteriores, o FINSOCIAL se constituiu em uma fonte de recursos de vital importância para os Programas de Alimentação e Nutrição, financiando de forma integral os **Programas do Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN), o Programa Nacional de Alimentação ao Escolar (PNAE), e o Programa Nacional do Leite para Crianças Carentes (PNLCC)**, além de garantir a expansão crescente dos gastos no Setor desde sua criação em 1982. Em termos das aplicações setoriais dos recursos do FINSOCIAL, a área de alimentação e nutrição tem contado com cerca de 34% da receita do Fundo.

Dessa forma, já em 1988 se alertava para o fato de que a inclusão do FINSOCIAL no orçamento da Seguridade Social, sem a definição de uma fonte alternativa de recursos para os Programas de Alimentação e Nutrição, poderia colocar em risco sua própria continuidade. Este risco era mais palpável para o PNAE e o PNLCC: em 1989 esses programas ainda foram financiados pelo FINSOCIAL, sem nenhuma definição, então, da questão do seu financiamento a longo prazo.

No caso dos Programas implementados pelo **INAN**, vinculados institucionalmente ao **Ministério da Saúde**, os problemas relativos ao seu financiamento e operacionalização passariam a estar subordinados às resoluções definidas para a Área de Saúde como um todo. O fato das perspectivas de desenvolvimento desses programas estarem condicionadas ao encaminhamento dado ao financiamento da Área de Saúde, coloca alguns problemas: se não forem estabelecidos critérios bem definidos para a alocação de recursos às ações de saúde e aos programas de alimentação, estes podem ser fortemente penalizados em situações onde ocorram dificuldades de financiamento da Seguridade Social (fato que, aliás, foi plenamente observado posteriormente). Fica evidenciado, portanto, que desde essa época se coloca a urgência de se debaterem os problemas dos programas de alimentação e nutrição, propondo-se alternativas para uma reformulação global do Setor.

Segundo PELIANO ([5]) os Programas de Alimentação executados pelo governo brasileiro na última década foram de grande diversidade, indo da assistência direta a grupamentos específicos de população mais pobre (materno-infantil, pré-escolar, escolares de 1o. grau e trabalhadores), à execução de programas de abastecimento em bolsões de pobreza. As alternativas de distribuição de alimentos incluiram cestas de gêneros básicos e tradicionais; produtos enriquecidos e/ou formulados especialmente para os programas oficiais, leite fluído e/ou em pó; cupons para aquisição de leite; leite de soja, e tíquetes refeição.

As experiências na área de abastecimento também foram amplas, variando o grau de intervenção governamental. Foram desenvolvidos nas periferias urbanas os mais diversos programas de comercialização de alimentos básicos, incluindo ou não o subsídio de prêços. Entre esses

Programas estavam a rede SOMAR, o Programa de Abastecimento de Alimentos Básicos em áreas de Baixa Renda(PROAB); e o Programa de Abastecimento Popular (PAP).

Do ponto de vista da questão dos recursos, apesar dos dados orçamentários mostrarem tendência de crescimento dos programas federais na última década, dois aspectos são destacados: a) os recursos estiveram sempre muito aquém das reais necessidades de redução do déficit alimentar da população e de cumprimento das metas oficiais de cobertura; e b) o aumento das verbas orçamentárias não foi suficiente para financiar o crescimento do número de beneficiários dos principais programas alimentares, caindo, portanto, o *per capita* no volume de alimentos distribuídos.

Também se observou, na década, um enfraquecimento e/ou pulverização da capacidade de cooordenação e de gerenciamento das principais instituições federais encarregadas da execução dos programas alimentares. Por outro lado, os Programas Federais permaneceram excessivamente centralizados, o que contribuiu para a ausÊncia de controle e participação por parte dos grupos usuários.

A partir das deficiências constatadas, a autora supracitada apresenta as seguintes recomendações:

- que se estabeleça nova hierarquização de prioridades, baseada no reconhecimento de que é o grupo infantil, especialmente as crianças até dois anos pertencentes a famílias de baixa renda, que deve ocupar a prioridade em termos do atendimento de alimentação, devendo estar associado aos serviços de saúde.;

- aumento e sustentação das dotações orçamentárias, como indispensável para garantir o atendimento contínuo e de melhor qualidade em termos nutricionais;

- reestruturação administrativa das instituições governamentais que formulam e executam a política de alimentação, **revendo-se o campo de atuação de cada esfera de governo com vistas a maior descentralização administrativa.**

Os Programas da LBA - Período 1988/1989 ([6])

As ações do **Programa "Primeiro a Criança"**, desenvolvidas nas Creches, Unidades de Apoio Comunitário (UAC's), Centros Sociais e Bancos de Leite Humano, absorveram o equivalente a 401 milhões de dólares, representando 47,4% do orçamento global da LBA para o ano de 1988.

O segundo programa desenvolvido na LBA era o de **Apoio à Pessoa Portadora de Deficiência**, que em 1988 atendeu a 190.160 pessoas, significando um incremento de 67% em relação a 1987. O gasto com esse programa alcançou a quase 55 milhões de dólares, correspondendo a 6,5% do orçamento global da LBA (não incluídas as despesas com administração do programa, nem a concessão de aparelhos de órtese, medicamentos e auxílio pecuniário, distribuídos através do Programa de Auxílio Econômico e Financeiro). A distribuição regional, neste caso, se modifica, na medida em que passa a concentrar-se no Nordeste 44% das pessoas atendidas, seguido do Sudeste com 34%.

Mais importante do ponto de vista orçamentário do que os dois últimos programas, no ano de 1988, foram as Ações voltadas para o **Incentivo à Oportunidade de Trabalho e Geração de**

Renda , para as quais foram destinados algo em torno de 97 milhões de dólares), o que correspondeu a 11,5% do total do orçamento. As linhas de ação Formação e Reciclagem Profissional e Apoio às Microunidades de Produção atenderam, respectivamente, a 575.664 e 512.733 pessoas.

Segundo o relatório de **1989** da LBA, o Govêrno Federal expandiu sensívelmente os recursos orçamentários a disposição dessa instituição. Já em 1986 o orçamento experimentou um crescimento de 585% em termos reais em relação ao de 1985. Em **1989**, o volume de recursos orçamentários, em termos reais, foi **treze vezes maior que o de 1985**, totalizando a cifra aproximada de 1 bilhão 104 milhões de dólares, o que correspondeu a um incremento real de 79% em relação ao orçamento de 1988. Os Programas de Creche, Apoio Nutricional, Apoio à Pessoa Idosa, e Apoio à Pessoa Portadora de Deficiência, responderam por mais de 56% desse orçamento de 1989. Os Programas desenvolvidos foram iguais aos do ano de 1988.

O período pós- 1989: o Govêrno Collor ([7])

Na área de **Assistencia Social**, bem como em todas as demais Políticas Sociais, gerou-se um conflito entre as propostas apresentadas pelo Legislativo no pós-88 e a estratégia de seletividade do Poder Executivo. O projeto de **Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS)**, aprovado pelo Congresso em agosto de 1990 (P.L. no. 3.099/89), confirmou neste setor a concepção universalista da Constituição. Entre outros dispositivos, esse projeto previa a ampliação do benefício da renda mensal vitalícia para carentes, idosos e deficientes, além de complementação de renda familiar através de abono mensal. O Presidente da República, em setembro de 1990, vetou integralmente esse Projeto de Lei, ficando o Executivo sem apresentar um substitutivo.

De acordo com a Constituição de 1988 fica assegurado como direito de cidadania um conjunto de ações assistenciais como garantia de mínimos sociais (rendas e/ou espécies) a setores com rendimentos inferiores a um patamar mínimo. Nesse conjunto de ações estão incluídos a proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência e à velhice; amparo às crianças e adolescentes carentes; promoção da integração no mercado de trabalho; e habilitação e reabilitação de portadores de deficiências. Além disso, está garantido um benefício mensal de um salário mínimo aos idosos e deficientes carentes de meios próprios de subsistência. Dessa forma, o veto presidencial incidia sobre preceitos institucionais, sob a alegação de que o projeto da LOAS continha dispositivos contrários aos princípios de uma assistência social "responsável" , que se limitasse ao auxílio às camadas mais carentes da população, sem, contudo, comprometer-se com a complementação pecuniária e continuada de renda.

O "Projeto de Reconstrução Nacional" do Govêrno Collor, elaborado depois de decorrido um ano de gestão, confirmava essa orientação, propondo uma assistência seletiva a partir de critérios regionais e definição de clientelas prioritárias: grupo materno-infantil; crianças e adolescentes abandonados e infratores; deficientes e idosos sem condições de auto-sustentação. Esse Projeto é explícitamente contrário à política de promoção de uma renda mínima continuada para complementar e/ou garantir o sustento de populações situadas abaixo de um determinado nível de pobreza, tal como a proposta do Projeto de Lei aprovado pelo Congresso.

No tocante à **Suplementação Alimentar**, o Projeto dá prioridade a gestantes, nutrizes e crianças de até 36 meses, de famílias com renda de até 1/2 salário mínimo per capita, com prioridade de atendimento às regiões com maior concentração de pobreza, em especial o Nordeste e a periferia das regiões metropolitanas. A distribuição de alimentos deverá estar associada às ações de Saúde, o que vincula os Programas de Suplementação Alimentar às redes básicas de Saúde. Observa-se que tal proposta está em desacordo com o perfil do Programa Nacional de Distribuição de Leite às Crianças Carentes (PNLCC), o qual, não por acaso, é extinto em 1991.

Ainda em relação à alimentação o "Plano de Reconstrução Nacional" reafirma a meta da universalização da merenda escolar. Segundo este Plano, a **Política Assistencial** deverá ser focalizada no atendimento integral a crianças de 0 a 6 anos, envolvendo os setores de Educação, Saúde e Assistência. Tal proposta aparece no projeto dos CIACs, lançado pelo Presidente da República após a apresentação do "PRN", em 1991, como sendo a mais importante obra social de seu govêrno. Este Projeto tornou evidente que, entre as propostas de focalização e seletividade implantadas ou reforçadas durante o govêrno Collor, destacava-se um mecanismo especial de seletividade que buscava incorporar as áreas de Educação, Assistência e Saúde, tendendo, através desta estratégia, a requalificar a clientela alvo a ser atingida. Os CIACs eram, assim, a expressão maior dessa política, posto que incrementavam a seletividade através do atendimento à saúde e nutrição exclusivamente das crianças nele matriculadas.

Mudanças Institucionais e Administrativas do Governo Collor

A chamada reforma administrativa promovida pelo Govêrno Collor, cria através da Lei no.8.028 de 12 de abril de 1990 o **Ministério da Ação Social (MAS)**. A este cabia promover a assistência social; a defesa civil; a política habitacional e de saneamento; a radicação das populações, ocupação do território e migrações internas. Faziam parte desse Ministério, como órgãos específicos singulares, a Secretaria Nacional de Habitação, a Secretaria Nacional de Saneamento, a Secretaria Nacional de Promoção Social (SENPROS), a Secretaria Especial de Defesa Civil e a Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência. Os órgãos de administração indireta eram: a Legião Brasileira de Assistência (LBA), a Fundação Centro Brasileiro para Infância e Adolescência (CBIA). Foram extintas a SEAC e a FUNABEM.

Criada pela Lei 8.029 de 14 de abril de 1990, a Fundação Centro Brasileiro para a Infância e Adolescência (**CBIA**) substituiu a antiga **FUNABEM** - Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor. Segundo seu relatório de atividades de 1990, a CBIA se define como "o órgão federal a quem cabe a garantia dos direitos das crianças e adolescentes de nosso país", buscando "articular-se nos níveis federal, estadual e municipal com entidades governamentais e não-governamentais, com a finalidade de resgatar a dívida que data de séculos com nossa infância e juventude" ([8]).

Paralelamente, nesse mesmo ano, surge, ora denominado como "programa", ora como "projeto", o denominado **"Ministério" da Criança**, "resultado da atenção à criança e ao adolescente como objeto de prioridade absoluta, ..., comprometido com a doutrina da proteção integral, consubstanciando uma estratégia de ação integrada e globalizante em nível supraministerial"([9]). Ainda neste mesmo documento se define que "o CBIA, como órgão da esfera federal a quem

compete a promoção e a garantia dos direitos de crianças e adolescentes, insere-se, pois, no Ministério da Criança, responsabilizando-se, juntamente com o Ministério da Justiça, pela coordenação das atividades relativas à operacionalização da nova lei e das ações que tenham como finalidade a redução da violência".

A Lei a que se refere o documento é a lei 8.069 relativa ao Estatuto da Criança e do Adolescente, em vigor a partir de 14 de outubro de 1990. Este Estatuto foi apresentado como o balizador das ações da CBIA e do "Ministério" da Criança. Êle institui a doutrina da proteção integral, cabendo ao poder público, em vínculo estreito com a sociedade, garantir os direitos que a nova lei atribui às crianças e aos adolescentes. Com este estatuto fica proposto a abertura de um espaço de participação popular na gestão e controle das políticas em todos os níveis de governo, através da criação dos Conselhos Estaduais e Municipais de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente, e de Conselhos Tutelares, eleitos pela comunidade. Fica aberta também a possibilidade de **descentralização financeira**, através da criação de fundos estaduais e municipais a serem geridos pelos Conselhos de Defesa dos Direitos, que possibilitam a retenção pelo Estado ou Município de uma significativa parcela da contribuição relativa ao imposto de renda (até 5% para as pessoas jurídicas e até 10% para as pessoas físicas).

Na realidade, no entanto, a CBIA permaneceu no Ministério da Ação Social, substituindo a FUNABEM, e o "Ministério" da Criança, cuja coordenação coube inicialmente ao Ministério da Ação Social, é posteriormente transferido para o Ministério da Saúde, em função do projeto dos CIACs.

Assim, com ampla divulgação oficial, o **"Ministério" da Criança** é criado como parte de uma definição maior da política, que somente se explicita em maio de 1991, quando o Presidente Collor anuncia, dentro do MC, o que seria "a maior obra social do seu governo": os CIACS (Centros Integrados de Apoio à Criança), no bojo do **Projeto "Minha Gente"**.

Este Projeto, inicialmente concebido no âmbito da LBA com o objetivo primordial de expandir a rede de creches com o apoio da iniciativa privada, é totalmente reformulado, passando a controlar um enorme volume de obras públicas centralizados nas mãos do Ministro da Saúde. Dessa forma, a linha política principal do "Ministério" da Criança parece ir se delineando no sentido de uma "integração" inter-setorial, que aponta para uma submissão das políticas de Saúde, Educação e Alimentação à uma **política assistencial seletiva**, que tenderia a requalificar a clientela alvo, através de uma discriminação dos alunos matriculados nos CIACs.

Dentre as **Políticas Assistenciais** promovidas no primeiro ano do govêrno Collor, encontram-se, ainda, aquelas desenvolvidas pela **LBA**. Poucas mudanças foram introduzidas neste órgão. A rigor os destaques ficaram por conta da extinção do **Programa Nacional de Distribuição do Leite a Crianças Carentes (PNLCC)** e a reformulação do **Programa de Apoio Nutricional (PAN)**.

O PNLCC (visto acima), era responsável pela distribuição de tickets de leite através de associações comunitárias, para crianças menores de 7 anos. O Presidente decretou, em janeiro de 1990, que as crianças beneficiárias deste programa passariam a ser atendidas pelos programas de complementação ou suplementação alimentar mantidos pela LBA, pela FAE e pelo INAN. A

clientela é igualmente dividida entre a LBA e o INAN, sendo que a FAE deveria assumir os pré-escolares com mais de 4 anos. Os recursos do PNLCC deveriam ser distribuídos em partes iguais entre o INAN (35%) e LBA(35%), ficando os 30% restantes destinados a FAE. Na prática, no ano de 1991 apenas a LBA consegue obter parte dos recursos, dado o contingenciamento orçamentário que bloqueou cerca de 90% dos recursos aprovados.

Todas essas propostas de mudança pareciam indicar que foram introduzidas para possibilitar o uso do PAN-Programa de Apoio Nutricional pela **LBA**, a qual passava a ter papel estratégico no govêrno Collor frente às eleições municipais de 1992. Desde o início do seu govêrno, foram constantemente veiculadas denúncias de operações irregulares, especialmente de compras de cestas básicas sem licitações por Superintendências Regionais da LBA. O Tribunal de Contas da União chega a abrir 24 inspeções extraordinárias para apurar irregularidades. Também foi criada uma CPI na Câmara dos Deputados, para investigar corrupção nos programas assistenciais.

A **LBA** exerceu, até a saída de Rosane Collor de sua direção, um poder paralelo a diversos setores do Ministério da Ação Social, como o CORDE, SEMPROS E CBIA. Além deste tipo de fragmentação do MAS nesse período, a mesma pode ser constatada na análise de seus programas, cujas atividades vão desde o apoio comunitário, formação profissional, apoio a deficientes, idosos e crianças carentes, até as ações básicas de saúde e distribuição de cestas básicas.

Essa fragmentação institucional, mas sobretudo a incorporação de múltiplas áreas, como **Habitação e Saneamento**, além de Programas de geração de empregos e renda (situados na SEMPROS e na LBA, através da criação de "micro-unidades" produtivas), parecem indicar a "assistencialização" das políticas sociais. Essa ampla gama de atividades possibilita, ainda, a ausência de uma definição clara dos critérios de transferência de recursos e a pulverização dos mesmos.

Destaca-se **um reforço da centralização do processo decisório na área de assistência social** no período Collor, através da disseminação da prática de convênios com os govêrnos estaduais e municipais, sobretudo com estes últimos, sem que os critérios de distribuição de recursos estivessem bem definidos, reforçando as negociações caso a caso, como , por exemplo, no **PAN** e no **Projeto Minha Gente**.

É interessante registrar o entendimento que o governo Collor tinha do seu papel na área dos programas sociais e das suas relações com os governos estaduais e municipais. De acordo com o Relatório Geral da LBA (já ligada ao Ministério de Ação Social) de **1990**, "as relações entre os Governos Federal, Estaduais e Municipais, principalmente no tocante ao gerenciamento das fontes alternativas de recursos para financiamento de programas sociais, de suma importância para as comunidades, permitiram uma **transferência do papel do Governo Federal como indutor da iniciativa privada nos investimentos de caráter social nos Estados**". "Dessa forma", continua o relatório, "surge como estratégia mobilizadora o "**Projeto Minha Gente**" que tem por finalidade própria a interação de ações, buscando a participação efetiva da sociedade na política de Assistência Social" (22).

No campo da **Alimentação e Nutrição**, como no da Assistência, o ano de 1990 se caracteriza pela continuidade, ainda que com menor disponibilidade de recursos, da maioria dos Programas do Govêrno anterior e pela extinção de alguns dos mesmos: Programa de Aquisição de Alimentos em Áreas Rurais de Baixa Renda (PROCAB); Programa de Abastecimento de Alimentos Básicos em Áreas de Baixa Renda (PROAB); e Programa de Alimentação dos Irmãos dos Escolares (PAIE). Os dois primeiros foram desativados pelo **Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN)** e continham elementos de intervenção de caráter não assistencial, geração de renda, e também assistencial, relacionados à distribuição de cestas básicas de alimentos.

Cabe aqui ressaltar a extinção dos órgãos federais que operacionalizavam os **Programas de Suplementação Alimentar** -COBAL/CFP/CIBRAZEM- e a criação do Conselho Nacional de Abastecimento (CONAB), sob o controle do Ministério da Agricultura.

O **Programa de Suplementação Alimentar (PSA)**, principal programa de nutrição operado pelo **INAN((Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição) do Ministério da Saúde**, também sofre alterações em 1990. Destas, as principais foram: 1) ênfase no atendimento aos desnutridos (o que, posteriormente, passou a significar o atendimento exclusivo àquelas crianças que recebiam diagnóstico de desnutrição no posto de saúde); e 2) alteração da cesta básica, com a introdução de carne bovina e mistura láctea (não possuimos, ainda, dados sobre a sua implementação efetiva). Aqui não houve alterações nos mecanismos institucionais, já que a compra continuou centralizada no INAN/COBAL/SAB.

As mudanças na operacionalização do PNAE em termos de sistemática de compras, e as alterações na cesta básica do PSA, revelam o crescimento do espaço das indústrias de alimentos no interior da FAE e do INAN. A primeira aumenta o percentual de gastos com esses produtos de 40% para 60% do volume total de recursos (o que corresponde a um aumento de 60 para 80% do volume total de produtos adquiridos). Já o PSA introduz no seu cardápio esses produtos formulados, rompendo com uma postura que o INAN defendeu desde a sua criação: a de só incluir alimentos básicos nos programas de suplementação alimentar. Por outro lado, constatou-se a indicação de pessoas ligadas às indústrias de alimentos formulados para a Presidência do INAN e para a direção da SEMPROS.

6.3.1 - Evolução dos Gastos com Assistência Social e com Alimentação e Nutrição nas três esferas de governo: 1980 - 1992

Gastos Federais

A construção de uma série histórica de dados sobre os gastos nessa área de Assistência Social se viu extremamente dificultada pela descontinuidade e fragmentação de seus Programas, conforme apresentado acima. Os dados sobre os gastos federais relativos ao Tesouro foram obtidos a partir dos Balanços Gerais da União, sendo consolidados e sistematizados pela Coordenadoria de Política Social do IPEA e pela Área de Política Social do IESP/FUNDAP.

Por outro lado, até 1989, a Assistência Social integrava, junto com a Previdência Social, um único Ministério, cuja fonte majoritária de recursos era o FPAS (Fundo de Previdência e Assistência Social). Isto dificultou a identificação da área de Assistência Social no conjunto de gastos

provenientes desse Fundo. Dessa forma, foi necessário, também, utilizar como fonte de dados a Secretaria de Planejamento e Orçamento do MPAS (Ministério da Previdência e Assistência Social).

As ações de Assistência Social também foram financiadas, até 1990, pelo FAS (Fundo de Ação Social), o que implicou na utilização da CEF (Caixa Econômica Federal) como fonte de dados complementar.

A partir de 1990, os recursos do FPAS e do FAS passam a ser incorporados aos recursos do Tesouro, impossibilitando a visibilidade da participação de cada um desses Fundos no gasto federal com Assistência Social.

Com relação à área de Alimentação e Nutrição, seus Programas estiveram ligados, por vêzes, a Instituições de Assistência Social propriamente dita, como a LBA (Legião Brasileira de Assistência- inicialmente do Ministério da PrevidÊncia e AssistÊncia Social e posteriormente dos Ministérios da Ação Social e, atualmente, do Bem-Estar Social), e por vêzes a Instituições pertencentes à área da Saúde, como o INAN (Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição- do Ministério da Saúde). Dessa forma, também os gastos nesta área foram financiados por múltiplas fontes, como o Tesouro, o FINSOCIAL, o FPAS, além de, minoritária e esporádicamente, FAS e FGTS.

Gasto Federal com Alimentação e Nutrição

O comportamento dos gastos federais com Alimentação e Nutrição difere um pouco do observado na Assistência Social. É no período 1986/90 onde se verificam os maiores valores reais, situando-se em torno do bilhão de dólares (com uma pequena inflexão em 1989). Por outro lado, destaca-se uma queda acentuada nesses valores a partir de 1991, sendo que o ano de 1992 apresenta o menor valor da série: 161 milhões de dólares (ver TABELA 1).

Com relação às diversas fontes na composição do gasto, observa-se que, a partir de 1982, com a criação do FINSOCIAL, este passa a constituir-se em importante fonte de financiamento, representando a metade do gasto nos anos de 1982 e 1984, e chegando a 80% no ano de 1983. No entanto, a partir de 1985 e até 1990 (quando é incorporado ao Tesouro no Balanço Geral da União), sua participação se reduz bruscamente (menos de 5%, chegando a zero em 1987, 1988 e 1989), sendo substituído integralmente pelo Tesouro. Esta última fonte, portanto, contribui com a quase totalidade do gasto desde 1985. Quanto ao FPAS, sua participação decresce gradualmente, caindo de 12,3% em 1980 para 5,5% em 1986 (ver TABELA abaixo).

GASTO FEDERAL COM ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO POR FONTE - BRASIL 1980 a 1992
Em US$ 1.000 de Dezembro de 1990

ANOS	TOTAL	TESOURO	%	ORDINARIO E VINCULADO(1)	%	FINSOCIAL (2)	%	FPAS	%	OUTRAS (3)	%
1980	246.865	138.634	56,16	138.634	56,16	-	-	30.471	10,34	77.726	31,49
1981	258.049	170.535	66,09	170.535	66,09	-	-	29.815	11,55	57.699	22,36
1982	324.433	281.674	86,82	120.295	37,08	161.370	49,74	27.273	8,41	15.479	4,77
1983	360.418	339.924	94,31	47.004	13,04	292.921	81,27	20.494	5,69	-	-
1984	424.680	407.632	95,99	189.606	44,65	218.025	51,34	17.048	4,01	-	-
1985	715.858	701.378	97,98	668.778	93,42	32.599	4,55	14.481	2,02	-	-
1986	1.055.249	996.734	94,45	987.752	93,60	8.983	0,85	58.515	5,55	-	-
1987	1.136.456	1.136.456	100,00	1.136.456	100,00	-	-	-	-	-	-
1988	1.044.085	1.044.085	100,00	1.044.085	100,00	-	-	-	-	-	-
1989	946.076	946.076	100,00	946.076	100,00	-	-	-	-	-	-
1990	1.057.867	1.057.867	100,00	1.057.867	100,00	-	-	-	-	-	-
1991	557.696	557.696	100,00	-	-	-	-	-	-	-	-
1992	161.463	161.463	100,00	-	-	-	-	-	-	-	-

FONTE: BALANÇOS GERAIS DA UNIÃO, FPAS, FINSOCIAL, FAS, FGTS e outras fontes
(1) Inclui recursos do FINSOCIAL alocados nos Orçamentos dos Ministérios Setoriais.
(2) Recursos incluídos em EGU e alocados aos Ministérios através do BNDES
(3) Inclui FAS

Cabe ao ano de 1987 apresentar o maior gasto per cápita do período analisado (8,35 dólares), e a maior participação no PIB (0,27%). É seguido pelos anos de 1986 e 1988, com aproximadamente 7,5 dólares de gasto per cápita e 0,26% de participação no PIB. Destaca-se, uma vez mais, o ano de 1992, o qual, apesar de ver seu PIB reduzido, apresenta a menor participação do período, 0.04%, além do menor gasto per cápita, 1.08 dólares (ver TABELA abaixo).

GASTO FEDERAL COM ALIMENTACÃO E NUTRICÃO
BRASIL 1980 a 1992

Gasto Per Capita e % do PIB

ANOS	GASTO PER CAPITA	% DO PIB
1980	2,07	0,07
1981	2,12	0,08
1982	2,62	0,09
1983	2,85	0,11
1984	3,29	0,12
1985	5,45	0,19
1986	7,89	0,26
1987	8,35	0,27
1988	7,53	0,25
1989	6,71	0,22
1990	7,36	0,25
1991	3,81	0,13
1992	1,08	0,04

FONTE: BALANÇOS GERAIS DA UNIÃO, FPAS, FINSOCIAL, FAS, FGTS e outras fontes
(1) Inclui recursos do FINSOCIAL alocados nos Orçamentos dos Ministérios Setoriais.
(2) Recursos incluídos em EGU e alocados aos Ministérios através do BNDES.
(3) Inclui FAS.

Gasto Federal com Assistência Social

Analisando o período 1980-1992 pode-se destacar dois momentos contrastantes entre si: um primeiro, entre 1987 e 1989, de elevação mais intensa do gasto com a área de Assistência Social, com mudança de patamar para a casa do bilhão de dólares; e um segundo entre 1990 e 1992, onde se verifica uma queda abrupta em 1990 (a níveis inferiores a 1980), com alguma recuperação em 1991 e 1992, sobretudo neste último ano (ver TABELA 5 abaixo).

No primeiro período, que corresponde ao Governo da Nova República, o aumento verificado nos gastos com Assistência Social pode ser explicado, conforme foi visto na primeira parte deste relatório, pela intensificação de programas nessa área.

No segundo período, referente ao Govêrno Collor, no entanto, fica patente, através da análise feita a partir dos próprios relatórios de governo, a brusca redução em termos quantitativos e a profunda desarticulação dos programas federais na área social, inclusive, ao contrário do que muitos afirmam, na área de Assistência Social. A recuperação observada a partir de 1991, mas sobretudo no ano de 1992, se deve, por um lado, ao "resgate" de alguns programas assistenciais, agora com suas características "assistencialistas" e clientelistas intensificadas (além de evidências, hoje confirmadas, de inúmeros casos de corrupção, com desvio de recursos das chamadas "subvenções sociais" para supostas entidades filantrópicas). Dita recuperação do patamar de gastos deve-se também, por outro lado, à criação de novos projetos, como o "Minha Gente" na área de assistência ao menor. Estes projetos, no entanto, são absolutamente minoritários (5% do total dos gastos com assistência em 1992) quando comparados ao enorme volume de recursos repassados (25% desse mesmo total) às

chamadas "Entidades Supervisionadas" no ano de 1992 (aonde estão incluídas as subvenções sociais acima mencionadas).

Por outro lado, não nos foi possível obter dados sobre o quanto representou, em termos de gasto, a incorporação de áreas de peso no setor social, como Habitação e Saneamento, no Ministério da Ação Social a partir de 1990.

Outra observação geral diz respeito à participação relativa dos diversos **Fundos** no total do Gasto com Assistência Social entre 1980 e 1992. É nítida a predominância do **FPAS (Fundo da PrevidÊncia e AssistÊncia Social)** ao longo de todo o período, com exceção do ano de 1989 - quando o Tesouro assume 63% dos gastos com Assistência Social - e dos anos a partir de 1990, quando o FPAS foi incorporado ao Tesouro, aparecendo este último no Balanço como fonte única. Esta "incorporação" oculta a participação do FPAS no total do gasto com Assistência Social, trazendo evidente prejuízo para a análise acerca do papel, até 1988 primordial, desse fundo no financiamento dessa área (ver TABELA 5).

O **Tesouro** apresentou participações significativas (acima de 25%) nos anos de 1986 e 1988, além do já citado ano de 1989, quando sua participação foi majoritária. Pelas razões acima apontadas, fica inviabilizada a análise de sua participação a partir de 1990. Por outro lado, o **FAS (Fundo de Ação Social)**, diminui a sua já reduzida participação no período (ver TABELA abaixo).

GASTO FEDERAL COM ASSISTENCIA SOCIAL POR FONTE - BRASIL 1980 a 1992
Em US$ medios de 1990

ANOS	TOTAL	TESOURO	%	FPAS	%	FAS	%
1980	514 019 322	51 599 687	10,04	449 869 947	87,52	12 549 688	2,44
1981	518 780 876	61 603 890	11,87	450 406 354	86,82	6 770 632	1,31
1982	484 539 227	60 233 711	12,43	416 652 564	85,99	4 790 049	0,99
1983	346 693 835	30 564 023	8,82	310 456 034	89,55	5 671 882	1,64
1984	270 846 470	29 953 593	11,06	238 068 155	87,90	2 823 658	1,04
1985	304 447 376	39 071 716	12,83	263 308 244	86,49	2 067 415	0,68
1986	584 449 593	153 898 371	26,33	423 825 503	72,52	6 726 318	1,15
1987	1 281 377 686	206 284 228	16,10	1 065 209 819	83,13	9 883 639	0,77
1988	1 224 927 324	311 937 572	25,47	909 776 573	74,27	3 213 179	0,26
1989	1 286 006 911	814 809 644	63,36	470 207 413	36,56	989 845	0,08
1990	431 926 286	431 883 552	99,99	-	0,00	42 733	0,01
1991	786 605 030	786 605 030	100,00	-	0,00	-	0,00
1992	1 147 172 158	1 147 172 158	100,00	-	0,00	-	0,00

FONTE: MPAS - Secretaria de Planejamento e Orçamento - Demonstrativo das execução Orcamentária por instituição do SINPAS (1980-1989)MF/STN, Balanços Gerais da União CEF/FAS

NOTA: (1) Para os anos de 1990, 1991 e 1992, foram suprimidos os gastos com ABONO-SALARIAL, cuja fonte são as contribuições PIS-PASEP, que estavam incluídas nos Balanços Gerais da União como "Gastos com Assistência". Esta inclusão só se verifica a partir do ano de 1990.

Tomando como base o ano de 1980, destaca-se o período 1987/89, com **índices de crescimento** em torno de 250% (ver TABELA abaixo). As razões desses aumentos já foram apontadas acima. Outro destaque são os anos de 1983,1984,1985 e 1990, anos em que se verificaram patamares de gasto com assistência social inferiores ao de 1980. Fica evidente o **caráter pró-cíclico** também do gasto com programas assistenciais, os quais, supostamente, deveriam ter um caráter compensatório, por excelência, em situações de crise. Ou seja, **a área de Assistência Social tampouco ficou imune aos cortes lineares do gasto social a partir de 1990.**

GASTO FEDERAL COM ASSISTENCIA SOCIAL POR FONTE
BRASIL 1980 a 1992

Numeros Indices

ANOS	TOTAL	TESOURO	FPAS	FAS
1980	100,00	100,00	100,00	100,00
1981	100,93	119,39	100,12	53,95
1982	94,26	116,73	92,62	38,17
1983	67,45	59,23	69,01	45,20
1984	52,69	58,05	52,92	22,50
1985	59,23	75,72	58,53	16,47
1986	113,70	298,25	94,21	53,60
1987	249,29	399,78	236,78	78,76
1988	238,30	604,53	202,23	25,60
1989	250,19	1579,10	104,52	7,89
1990	84,03	-	0,00	0,34
1991	153,03	-	0,00	0,00
1992	223,18	-	0,00	0,00

FONTE: MPAS - Secretaria de Planejamento e Orcamento - Demonstrativo da execução Orçamentaria por Instituição do SINPAS(1980-1989)MF/STN,Balancos Gerais da União- CEF/FAS

Com relação às **taxas de crescimento anual** , verifica-se que são os anos de 1986 e 1987 os que mais crescem em relação aos anos anteriores; enquanto que 1990 é o ano que apresenta a maior taxa **negativa** de crescimento, o que reduz o impacto dos crescimentos observados para os anos seguintes. Vale notar que essa taxa negativa relativa ao ano de 1990 é superior à observada para o ano de 1983, também considerado como ano de "crise" (ver TABELA abaixo).

GASTO FEDERAL COM ASSISTENCIA SOCIAL POR FONTE - BRASIL 1980 a 1992

Taxa de crescimento anual

ANOS	TOTAL	TESOURO	FPAS	FAS
1981	0,94	19,41	0,13	(46,04)
1982	(6,04)	(1,63)	(6,93)	(28,82)
1983	(28,88)	(49,57)	(25,94)	17,69
1984	(14,95)	6,69	(16,52)	(45,80)
1985	3,26	19,83	1,61	(32,74)
1986	91,02	291,93	60,16	223,73
1987	120,29	34,68	152,53	47,64
1988	(4,42)	51,20	(14,60)	(67,49)
1989	5,02	161,29	(48,30)	(69,18)
1990	(34,73)	-	-	(91,61)
1991	91,40	-	-	-
1992	41,05	-	-	-

FONTE: MPAS - Secretaria de Planejamento e Orcamento -Demonstrativo da execução Orçamentária por instituicao do SINPAS (1980-1989);
MF/STN, Balanços Gerais da União, CEF/FAS.

Ao analisar o **gasto *per capita*** com Assistência Social, seu maior nível situa-se em torno dos 8 dólares nos anos de 1987, 1988 e 1989, contrapondo-se aos anos de 1983, 1984, 1985 e 1990 que apresentam o **menor** patamar de gasto *per capita*: em torno de 2 dólares (ver TABELA abaixo).

Com relação à proporção do gasto total com Assistência Social no **PIB nacional**, a análise feita acima se reforça, já que o menor nível de participação se verifica para os anos de 1984, 1985 e 1990. Note-se que entre 1980 e 1983, os patamares são muito semelhantes (em torno de 0,12%), e seu nível só se recupera em 1986, passando a apresentar elevação significativa entre 1987 e 1989. Caberia ainda acrescentar que o PIB de 1991 e o de 1992 são inferiores aos de 1987, 1988 e sobretudo de 1989, fato que minimiza a maior participação relativa do gasto no PIB naqueles anos (ver TABELA abaixo).

GASTO FEDERAL COM ASSISTÊNCIA SOCIAL
BRASIL 1980 a 1992

Gasto per capita e % do PIB

ANOS	GASTO PER CAPITA	% do PIB
1980	3,71	0,12
1981	3,67	0,13
1982	3,38	0,12
1983	2,36	0,12
1984	1,97	0,07
1985	2,00	0,07
1986	3,74	0,12
1987	8,10	0,26
1988	7,60	0,25
1989	7,84	0,26
1990	2,58	0,09
1991	4,63	0,16
1992	6,63	0,24

FONTE: MPAS - Secretaria de Planejamento e Orçamento - Demonstrativo da execução Orçamentária por instituição do SINPAS (1980-1989); MF/STN, Balanços Gerais da União.

Gastos da LBA e da FUNABEM/CBIA

As principais instituições responsáveis pelas ações federais de AssistÊncia Social foram, até 1989 a LBA e a FUNABEM, e a partir de 1990 a LBA e a CBIA.

Ao analisar a evolução do total de gastos com programas da **LBA** no período 1982/92, verifica-se tendência decrescente até 1984; crescimento de 1985 até 1989 (acentuado em 1987); e novo declínio a partir de 1990, chegando a 1992 com um nível real de gastos 22% inferior ao de 1980. Cabe notar que somente os anos entre 1986 e 1991 registraram patamares superiores ao observado para 1980 (ver TABELA abaixo).

É 1987 que apresenta o maior patamar de gastos (em torno de 800 milhões de dólares), superando em quase quatro vezes e meia o gasto de 1980, e apresentando taxa de crescimento com relação a 1986 de 184%. É seguido pelos anos de 1989 e 1988 (com aproximadamente 740 e 628 milhões de dólares, respectivamente).

No caso da LBA constata-se, portanto, a elevação do patamar de gastos com seus programas no período do governo da Nova República, com um subsequente declínio a partir do governo Collor, sobretudo a partir de 1991. Estes dados coincidem com a análise feita, na primeira parte deste relatório, programa a programa, nos três períodos analisados: pré-Nova República, governo da Nova República, e governo Collor.

No que diz respeito aos gastos da **FUNABEM**, entre 1982 e 1989, e da **CBIA** a partir de 1990, observa-se os seguintes movimentos: uma queda acentuada até o ano de 1985; uma retomada em 1986; uma elevação abrupta do patamar em 1987 (da ordem de 400% em relação ao ano anterior);

novas reduções em 1988 e 1989, com uma ligeira retomada em 1990; e uma queda acentuada em 1992, ano em que o gasto chega a 58% do registrado em 1980 (ver TABELA abaixo).

Nota-se, portanto, que os programas destinados ao menor apresentam dois momentos de intensificação de gastos na década - 1987 e 1990 - ao lado de uma evolução nitidamente aleatória, demonstrando o caráter totalmente conjuntural e errático dessa área assistencial.

EVOLUÇÃO DOS GASTOS DA LBA E DA FUNABEM/CBIA
BRASIL 1982-1992

Em US$ 1000 de dez/1990

ANOS	LBA			FUNABEM/CBIA			TOTAL		
	US$	No. IND. %	Tx. CRES. %	US$	No. IND. %	Tx. CRES. %	US$	No. IND. %	Tx. CRES. %
1982	182.269	100,00		54.543	100,00		236.812	100,00	
1983	134.294	73,68	-26,32	39.297	72,05	-27,95	173.591	73,30	-26,70
1984	118.190	64,84	-11,99	27.390	50,22	-30,30	145.580	61,47	-16,14
1985	163.190	89,53	38,07	23.845	43,72	-12,94	187.035	78,98	28,48
1986	288.281	158,16	76,65	34.843	63,88	46,12	323.124	136,45	72,76
1987	818.130	448,86	183,80	174.595	320,11	401,09	992.725	419,20	207,23
1988	627.968	344,53	-23,24	93.635	171,67	-46,37	721.603	304,72	-27,31
1989	740.314	406,17	17,89	64.288	117,87	-31,34	804.602	339,76	11,50
1990	414.024	227,15	-44,07	109.972	201,62	71,06	523.996	221,27	-34,88
1991	277.534	152,27	-32,97	87.634	160,67	-20,31	365.168	154,20	-30,31
1992	161.131	88,40	-41,94	31.762	58,23	-63,76	192.893	81,45	-47,18

Fontes: Relatórios da LBA
Demonstrativo orçamentário MBES/CBIA

Evolução do Gasto Estadual com Assistência Social no Brasil

A nível nacional, os gastos com Assistência Social realizados pelos Govêrnos Estaduais apresentaram um crescimento de 116% entre 1980 e 1990, passando de 435 para 942 milhões de dólares aproximadamente. No entanto o período pode ser dividido em pré e pós-86, com uma nítida mudança de patamar neste último sub-período.

Destaca-se o ano de 1986 como aquele que apresentou maior taxa anual de crescimento do gasto estadual, seguido dos anos de 1984 e 1990. Para 1986, esse movimento ascendente acompanhou o observado para o gasto federal. Já os anos de 1984 e 1990, a elevação do gasto estadual possui caráter claramente compensatório à redução observada no gasto do governo federal.

Por outro lado coube a 1983 a maior taxa negativa de crescimento do período, ano de crise, onde também se verifica um descenso do gasto federal. O segundo ano com registro de crescimento negativo é 1985, momento em que no plano federal se esboça um início de recuperação.

Esse perfil de comportamento do gasto estadual com Assistência Social é, portanto, distinto do observado para o gasto federal. Observa-se alguns movimentos complementares, como no caso do aumento do gasto estadual versus a diminuição brusca do gasto federal em 1990. No entanto, essa

complementariedade nem sempre se observa, como no caso do ano de 1986, quando aumentam tanto o gasto estadual quanto o federal, embora este último com taxa de crescimento anual bem maior; e no caso de 1983, quando ambos os gastos - federal e estadual - apresentaram taxas negativas de crescimento anual.

Ao analisar quanto representa o gasto estadual do total do gasto federal, é no ano de **1990** - ano de início de um período recessivo e, sobretudo, de contenção de gastos federais - quando fica visível o **aumento do gasto por parte dos govêrnos estaduais com programas de Assistência Social**: este passa a representar **218%** do gasto federal nesse ano. Para se ter uma idéia da proporção, o ano de 1987, o segundo maior patamar de gastos da série, apresentou um gasto estadual que representava apenas 61,8% do gasto federal com Assistência (ver TABELA abaixo).

EVOLUÇÃO DO GASTO ESTADUAL COM ASSISTÊNCIA SOCIAL
BRASIL 1980 A 1990

Em US$ mil médios de 1990

ANOS	GASTO ESTADUAL	NÚMERO ÍNDICE	TAXA ANUAL DE CRESCIMENTO	EM % DO GASTO TOTAL FEDERAL
1980	435 475	100,00	-	84,71
1981	453 502	104,14	4,14	87,42
1982	541 372	124,32	19,38	111,73
1983	392 843	90,21	-27,44	113,31
1984	504 263	115,80	28,36	186,18
1985	395 704	90,89	-21,51	129,97
1986	789 128	181,21	99,38	135,02
1987	792 548	182,00	0,43	61,85
1988	672 173	154,35	-15,19	54,87
1989	758 259	174,12	12,81	58,96
1990	942 340	216,39	24,28	218,17

FONTE: DECNA/IBGE; DIVEM/DTN e Balanços Gerais da União

Evolução do Gasto Municipal com Assistência Social

Analisando a série de dados acerca do gasto municipal com Assistência Social a nível nacional, para o período 1980/90, destacamos as seguintes observações: (ver TABELA abaixo)

- o gasto municipal nessa área cresce 180% na década;

- esse gasto apresenta os maiores aumentos anuais em seus valores reais nos anos de 1982, 1984 e 1985, sendo este último o ano em que os municípios mais gastaram com Assistência Social;

- os anos de 1987 e 1988 apresentam taxas anuais negativas de crescimento sobre o ano de 1985, com o que seus valores permanecem bem superiores aos do início da década.

Note-se que a mudança de patamar se dá a partir de 1985 (tal como no gasto federal), e não no pós-88, quando seria de se esperar dado o aumento da receita municipal via reforma tributária e a elevação do gasto social municipal ([11]).

Os dados evidenciam que os governos municipais, no tocante à Área de Assistência Social, não apresentaram comportamento nítidamente compensatório com relação ao gasto federal: em 1990, embora o gasto municipal tenha sido bem mais alto que o verificado no início da década, ele é bem menor que o registrado em 1985/86, não chegando a compensar a brusca queda registrada no gasto federal. Em termos percentuais, o gasto municipal em 1987, 1988 e 1989 representa apenas 26,5% do gasto federal nesses anos.

Nesse sentido, pode-se afirmar que os governos estaduais assumiram mais os gastos com Assistência Social nos momentos de retração dos mesmos por parte do governo federal. Por outro lado, não se pode desconsiderar a mudança de patamar do gasto municipal com Assistência Social, no sentido positivo, ao longo da década, o que também representa um aumento da responsabilidade dos governos municipais com relação à essa área.

EVOLUÇÃO DO GASTO MUNICIPAL COM ASSISTÊNCIA SOCIAL
BRASIL 1980- 1988

Em US$ mil médios de 1990

ANOS	GASTO MUNICIPAL	NÚMERO ÍNDICE	TAXA ANUAL DE CRESCIMENTO	EM % DO GASTO TOTAL FEDERAL
1980	118 290	100,00	-	23,01
1981	123 012	103,99	3,99	23,71
1982	159 008	134,42	29,26	32,81
1983	157 058	132,77	-1,23	45,30
1984	269 964	228,22	71,89	99,67
1985	444 149	375,47	64,52	145,88
1986	435 962	368,55	-1,84	74,59
1987	356 550	301,42	-18,22	27,82
1988	322 771	272,86	-9,47	26,35
1989	338 090	285,81	4,75	26,28
1990	331 936	280,61	-1,82	76,85

FONTE: DECNA/IBGE E DIVE/DTN.

NOTAS

(1) ver NEPP/UNICAMP, Brasil 1985. Relatorio sobre a situação social do país, Campinas, 1987.
(2) IESP/FUNDAP. Relatórios de Pesquisa. Economia do Setor Público. Relatório de 1987: Política Social. vol.3., relatório no. 10, São Paulo, dez/1989.
(3) NEPP/UNICAMP., op.cit., 1987.
(4) Comissão instituída pela Portaria GM no. 3764 de maio de 1986
(5) PELIANO,A.M. "O que aprendemos com a experiência de uma década: uma análise dos programas assistenciais de abastecimento e alimentação. Proposta para debate." Texto mimeo, 1990.
(6) LBA. Relatório Geral. Anos de 1988 e 1989.
(7) Os dados e algumas informações aqui mencionados constam de um Relatório Preliminar do IESP sobre a Política Social do Governo Collor. mimeo. 1992.
(8) CBIA - Centro Brasileiro para a Infância e Adolescência. Relatório de Atividades. 1990.
(9) Idem
(22) LBA. Relatório de 1990.
(11) ver Gasto Social no Brasil no item 5 deste capítulo.

CAPÍTULO II: cont.

7 - A Seguridade Social na Constituição, a legislação complementar e as propostas de reforma

7.1 - Seguridade Social

Se por um lado a década de 80 foi caracterizada como "perdida" em termos de crescimento econômico e de desenvolvimento social, por outro foi marcada por importantes conquistas na área social, principalmente aquelas impressas na Constituição de 1988 no capítulo relativo à Seguridade Social.

Segundo o texto constitucional ([1]), a **Seguridade Social** é definida como um conjunto integrado de inovações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas à assegurar os direitos relativos à **saúde, à previdência e à assistência social.**

Ao Poder Público compete organizar a Seguridade Social, com base nos seguintes objetivos: UNIVERSALIDADE DA COBERTURA E DO ATENDIMENTO; UNIFORMIDADE E EQUIVALÊNCIA DOS BENEFÍCIOS E SERVIÇOS À TODA A POPULAÇÃO; SELETIVIDADE E DISTRIBUTIVIDADE NA PRESTAÇÃO DOS BENEFÍCIOS E SERVIÇOS; IRREDUTIBILIDADE DO VALOR DOS BENEFÍCIOS; EQUIDADE NA FORMA DE PARTICIPAÇÃO NO CUSTEIO; DIVERSIDADE DA BASE DE FINANCIAMENTO; PARTICIPAÇÃO DA COMUNIDADE, EM ESPECIAL DOS TRABALHADORES, EMPRESÁRIOS E APOSENTADOS; CARÁTER DEMOCRÁTICO E DESCENTRALIZAÇÃO DA GESTÃO ADMINISTRATIVA.

A Seguridade Social deve ser **financiada** por toda a Sociedade, de forma direta e indireta, mediante recursos do Orçamento da União, dos Estados, dos Municípios e das seguintes contribuições sociais: dos empregadores (folha de salários, faturamento e lucro), dos trabalhadores, e sobre a receita de concursos e prognósticos.

A Proposta de ORÇAMENTO DA SEGURIDADE SOCIAL seria elaborada de forma integrada pelos órgãos responsáveis pela saúde, previdência social e assistência social, com metas e prioridades estabelecidas na Lei de Diretrizes Orçamentárias, assegurada a cada área a gestão dos seus recursos.

Ficam isentas de contribuição para a Seguridade Social as entidades beneficentes de assistência social que atendam às exigências estabelecidas em lei. O produtor, parceiro, meeiro e arrendatário rurais, o garimpeiro e o pescador artesanal, contribuirão para a SS mediante alíquota sobre o resultado da comercialização da produção, passando a ter direito aos benefícios.

Em 24 de julho de 1991 foi instituída a **Lei no.8.212**, denominada **Lei Orgânica da Seguridade Social**, que dispõe sobre a organização da Seguridade Social, institui Plano de Custeio, e dá outras providências.

No tocante à conceituação geral e estabelecimento de princípios e diretrizes, essa Lei reproduz os princípios Constitucionais. No título relativo ao **Financiamento**, a lei detalha mais o estabelecido na Constituição. Assim no âmbito federal, o **Orçamento da Seguridade Social-OSS** é composto pelas receitas da União, das Contribuições Sociais e de outras fontes. Constituem **Contribuições**

Sociais as das empresas, incidentes sobre a remuneração paga ou creditada aos segurados ao seu serviço; as dos empregadores domésticos; as dos trabalhadores, incidentes sobre o seu salário de contribuição; as das empresas, incidentes sobre o faturamento e lucro; e as incidentes sobre a receita de concursos e prognósticos (2).

A contribuição do segurado empregado, empregado doméstico e trabalhador avulso, é calculada mediante a aplicação de uma das três alíquotas (8.0, 9.0 e 10.0%) segundo seu salário de contribuição. A do trabalhador autônomo, empregador e facultativo, se calcula mediante a incidência de 10.0% ou de 20.0% sobre seu salário de contribuição, de acordo com o valor do mesmo. A das empresas é calculada mediante a aplicação da alíquota de 20% sobre o total das remunerações pagas ou creditadas, no decorrer do mês, aos segurados empregados, avulsos, autônomos e empregadores. No caso do setor financeiro, inclusive seguradoras em geral, cooperativas de crédito e entidades de previdência privada, além das contribuições acima, é devida a contribuição adicional de 2,5% sobre a base de incidência definida no item anterior.

As contribuições das empresas provenientes do faturamento e do lucro são calculadas mediante a aplicação das seguintes alíquotas: 2% sobre sua receita bruta (estabelecida segundo o disposto no #1o. do art.1o. do Dcreto-lei no.1.940 de 25 de maio de 1982, com a redação dada pelo art. 22 do Decreto-lei no.2.397 de 21 de dezembro de 1987 e alterações posteriores); 10% sobre o lucro líquido do período-base, antes da provisão para o Imposto de Renda, ajustado na forma do art.2o. da Lei no.8.034 de 12 de abril de 1990. No caso das instituições financeiras a alíquota da contribuição prevista é de 15%.

A contribuição do empregador doméstico é de 12% do salário de contribuição do empregado doméstico a seu serviço. A do empregador rural, do pescador e do garimpeiro é de 3.0% do resultado mensal da comercialização de sua produção.

A participação da **União** é constituída de recursos adicionais do Orçamento Fiscal, fixados obrigatóriamente na Lei Orçamentária Anual. O Tesouro Nacional entregará os recursos destinados à execução do Orçamento da Seguridade Social aos respectivos órgãos e unidades gestoras nos mesmos prazos legais estabelecidos para a distribuição dos Fundos de Participação dos Estados, do DF e dos Municípios. Decorridos esses prazos, as dotações a serem repassadas sujeitar-se-ão à atualização monetária segundo os mesmos índices utilizados para efeitos de correção dos tributos da União (3).

Além disso constituem outras receitas da Seguridade Social: multas, atualização monetária e os juros moratórios; remuneração recibida por serviços de arrecadação, fiscalização e cobrança prestados a terceiros; receitas provenientes de prestação de outros serviços e fornecikento ou arrendamento de bens; demais receitas patrimoniais, industriais e financeiras; doações, legados, subvenções e outras receitas eventuais; 50% dos valores obtidos e aplicados na forma do parágrafo único do art. 243 da Constituição Federal; 40% do resultado dos leilões dos bens apreendidos pela Receita Federal.

Posteriormente, em dezembro de 1991, foi baixado o Decreto no.356, denominado REGULAMENTO DA LEI ORGÂNICA DA SEGURIDADE SOCIAL. A modificação relativa ao seu **financiamento** diz respeito à inclusão de um parágrafo único no capítulo DA CONTRIBUIÇÃO

DA UNIÃO que diz que a União é responsável pela cobertura de eventuais insuficiências financeiras da Seguridade Social, quando decorrentes do pagamento de benefícios de prestação continuada da Previdência Social, na forma da lei orçamentária anual. Além disso, houve um maior detalhamento, na secão II, no tocante a isenção de Contribuições.

Dessa legislação se conclui que, a maior parte das CONTRIBUIÇÕES SOCIAIS (todas, com exceção do FGTS e do Salário Educação) ficam atreladas ao financiamento da Seguridade Social. Além da Folha de Salários, o Faturamento e o Lucro - as novas bases para contribuição do empregador - **imprimem um caráter diversificado às fontes de financiamento da Seguridade.**

A inclusão do FINSOCIAL, garante os recursos da terceira principal fonte de arrecadação tributária da União, depois do IR e do IPI. O PIS-PASEP também foi incluido, mas ficou vinculado ao custeio do seguro-desemprego e do pagamento de um abono salarial para trabalhadores que recebem até 2 (dois) Salários Mínimos.

As contribuições sociais não são incorporadas ao capítulo do SISTEMA TRIBUTÁRIO: existe um tratamento diferenciado para essa espécie de tributo. Com isso, as contribuições para a SEGURIDADE SOCIAL não respondem ao princípio da anualidade: podem ser cobradas depois de noventa dias após a data da publicação da lei que as houver instituído ou modificado. No entanto, as novas contribuições sociais serão submetidas às mesmas regras dos impostos: definidas em lei complementar, sujeitas aos princípios da legalidade, da irretroatividade, e da anualidade (com exceção das referentes à SEGURIDADE SOCIAL).

As propostas de "reformas" da Reforma Constitucional

A inovação constitucional que instituiu o sistema da Seguridade Social, constituido das áreas de saúde, previdência e assistência social, áreas já regulamentadas por leis complementares, ainda causa certa perplexidade nos setores da sociedade envolvidos por essas mudanças (parlamentares; técnicos e especialistas do governo e do setor privado; entidades não-governamentais de pesquisa social; associações diversas, entre outros). Tal "perplexidade" decorre principalmente de uma controvérsia no equacionamento dos *fins* e *meios* em cada um dos segmentos do sistema, com implicações no **financiamento** do seu custeio. Dessa forma, antes mesmo que o nascente sistema de Seguridade Social pudesse ser implementado, surgem propostas de "reformas estruturais", especialmente no que diz respeito ao seu financiamento, à revisão da natureza dos benefícios e à forma de prestação de serviços.

7.2 - Saúde

No momento do início do retrocesso na política federal de saúde, já existia, constituído e fortalecido, todo um movimento social e político para a inscrição de mudanças na Constituição de 1988 no que se refere à saúde.

A partir do texto constitucional a Saúde é vista como DIREITO DE TODOS E DEVER DO ESTADO, garantido através de (4):

. **políticas sociais e econômicas** que visem à redução do risco de doença e outros agravos;

. acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

As ações e serviços de saúde são de relevância pública, cabendo ao Poder Público sua regulamentação, fiscalização e controle. A execução será feita diretamente ou através de terceiros, e também por pessoa física ou jurídica de direito privado.

As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um SISTEMA ÚNICO, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

. DESCENTRALIZAÇÃO, com DIREÇÃO ÚNICA em cada esfera de governo;

. ATENDIMENTO INTEGRAL, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

. PARTICIPAÇÃO DA COMUNIDADE.

O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE-SUS será financiado com recursos do ORÇAMENTO DA SEGURIDADE SOCIAL, DA UNIÃO, DOS ESTADOS E DOS MUNICÍPIOS, além de outras fontes.

A assistência à Saúde é livre à iniciativa privada, que poderá participar de forma complementar ao SUS, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos. **É vedada a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos.**

Fica também vedada a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no país, salvo nos casos previstos em lei.

Ao **SUS** compete:

. controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunibiológicos, hemoderivados e outros insumos;

. executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;

. ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde;

. participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico;

. incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico;

. fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e água para o consumo humano;

. participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilzação de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;

. colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o trabalho.

A regulamentação pós-Constituição da área da Saúde têve início com a **Lei Orgânica da Saúde-LOS (Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990).**

Formalmente, houve uma redefinição de competências para cada uma das esferas de governo, expressas no Capítulo IV da Lei Orgânica de Saúde, regulamentando o que estava contido na Constituição Federal de 1988 (artigo 23, inciso II).

Nos artigos 15 a 19 do referido Capítulo da Lei Orgânica, ficam estabelecidas as seguintes **atribuições comuns** aos três níveis de governo, cada um em sua jurisdição: definição das instâncias e mecanismos de controle, avaliação e fiscalização dos serviços de saúde; administração dos recursos orçamentários e financeiros destinados a cada ano para a saúde; acompanhamento, avaliação e divulgação do nível de saúde da população e das condições ambientais; organização e coordenação do sistema de informações em saúde; elaboração de normas técnicas e estabelecimento de padrões de qualidade para promoção da saúde do trabalhador; participação na formulação e execução da política e das ações de saneamento básico e proteção ao meio ambiente; elaboração e atualização periódica do plano de saúde; formulação e execução da política nacional de recursos humanos para a saúde; elaboração da proposta orçamentária anual do SUS; elaboração de normas para regular as atividades de serviços privados de saúde, tendo em vista sua relevância pública; implementar o sistema nacional de sangue, componentes e derivados; promover a articulação da política e dos planos de saúde; definir as instâncias e mecanismos de controle e fiscalização inerentes ao poder de polícia sanitária; fomentar e coordenar e executar projetos estratégicos e de atendimento emergencial, entre outras.

O nível federal mantém, tal como preconizado no SUDS, um papel maior no sentido da regulamentação e regulação do sistema. A Lei Orgânica prevê como exclusivas do **poder federal** as seguintes atribuições: formular, avaliar e apoiar políticas de alimentação e nutrição; definir e coordenar os sistemas de redes integradas de alta complexidade, laboratórios de saúde pública, de vigilância epidemiológica e de vigilância sanitária; definir mecanismos de controle no caso de agravos ao meio ambiente ou prejuízos a saúde humana deles decorrentes; coordenar a política de saúde do trabalhador; coordenar e participar da execução da política de vigilância epidemiológica; estabelecer normas e executar a vigilância dos portos, aeroportos e fronteiras, sendo acompanhada, em caráter complementar, pelos Estados e Municípios; estabelecer critérios e parâmetros para o controle da qualidade sanitária dos produtos; formular, avaliar, elaborar normas e participar na execução da política nacional de produção de insumos e equipamentos de saúde, em articulação com outros órgãos governamentais; identificar serviços estaduais e municipais de referência para o estabelecimento de padrões técnicos de assistência à saúde; controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde; prestar cooperação técnica **e financeira** aos Estados e aos Municípios para o aperfeiçoamento da sua atuação institucional; promover a descentralização da rede e dos serviços de saúde para os Estados e Municípios de abrangência estadual e municipal; normatizar e coordenar nacionalmente o sistema nacional de sangue, componentes e derivados; acompanhar, controlar e avaliar ações e serviços de saúde, **respeitadas as competências estaduais e municipais**; elaborar o planejamento estratégico nacional no âmbito do SUS em colaboração com Estados e Municípios; estabelecer um sistema nacional de auditoria e coordenar a avaliação técnica e financeira do SUS, em cooperação técnica com outras esferas.

Existem outras atribuições que, apesar de colocadas como de exclusividade do poder federal, também constam da relação comum às três esferas de governo: a participação na formulação e implementação de políticas de controle às agressões ao meio ambiente, saneamento básico, de condições e ambiente de trabalho; a promoção da formação de recursos humanos em saúde; e a

elaboração de normas para regular as relações entre o SUS e os serviços privados contratados para a assistência à saúde.

Os **Estados**, segundo a Lei Orgânica, passariam a ter as seguintes atribuições exclusivas: a promoção da descentralização para os Municípios dos serviços e ações de saúde; o acompanhamento, controle e avaliação das redes hierarquizadas do SUS; o apoio técnico **e financeiro** aos municípios; a execução supletiva das ações de saúde; a identificação de estabelecimentos hospitalares de referência e a gestão de sistemas públicos de alta complexidade, de referência estadual e regional; a coordenação da rede estadual de laboratórios de saúde pública e hemocentros e gestão das unidades que permaneçam em sua dependência administrativa; a coordenação, e a execução em caráter complementar, das ações e serviços de vigilância epidemiológica e sanitária, alimentação, nutrição e saúde do trabalhador; a participação no controle dos agravos do meio ambiente que tenham repercussão na saúde; a participação na formulação e execução das políticas e ações de saneamento básico e de condições e ambiente de trabalho (sendo esta considerada uma atribuição comum aos três níveis de governo e não exclusiva); em caráter suplementar, a formulação, execução, acompanhamento e avaliação da política de insumos e equipamentos para a saúde; o estabelecimento de normas, em caráter suplementar, para o controle e avaliação das ações e serviços de saúde; o controle de qualidade, de forma complementar, dos produtos e substâncias de consumo humano; a colaboração com a União na execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras; o acompanhamento, avaliação e divulgação dos indicadores de morbidade e mortalidade no âmbito da unidade federada.

Finalmente, a Lei Orgânica define que são os **Municípios** as instâncias que passam a se comprometer com a execução direta dos serviços, sendo suas atribuições exclusivas:

a) **De forma direta**: planejar, organizar, controlar, avaliar e gerir os serviços públicos; executar serviços de vigilância epidemiológica, vigilância sanitária, alimentação e nutrição, saneamento básico e saúde do trabalhador; executar, no âmbito municipal, a política de insumos e equipamentos para a saúde; gerir laboratórios públicos de saúde e hemocentros; formar consórcios administrativos intermunicipais; celebrar contratos e convênios com entidades prestadoras de serviços privados de saúde e controlar e avaliar sua execução; e controlar e fiscalizar os procedimentos dos serviços privados de saúde.

b) **De forma indireta ou complementar**: participar, em articulação com o Estado, do planejamento, programação e organização da rede hierarquizada de saúde; participar da execução, controle e avaliação das ações referentes às condições e aos ambientes de trabalho; colaborar nafiscalização das agressões ao meio ambiente que tenham repercussão na saúde humana; colaborar com a União e com os Estados na vigilância sanitária dos portos, aeroportos e fronteiras; normatizar complementarmente as ações e serviços públicos de saúde.

Nessa definição de competências a partir da Lei Orgânica de Saúde, constata-se uma série de problemas, indefinições, e superposições. De um lado, há uma superposição de atribuições comuns aos três níveis de governo e aquelas consideradas exclusivas de cada um deles. Assim, entre outras,

existe uma duplicação no tocante à formulação de políticas de saúde, meio-ambiente e saneamento, não especificando qual o conteúdo e a forma de participação de cada nível de competência.

Um dos pontos obscuros, desde a Constituição, é a ambiguidade com que é tratado o Estado (Unidade Federada): suas atribuições são práticamente definidas por exclusão, ou seja, compete ao nível estadual tudo aquilo que não lhe seja vedado ou privativo dos demais níveis governamentais. Ao Estado deveria caber, a nosso ver, a gestão e a coordenação do SUS no âmbito de seu território, tal como estava explicitado (e praticado) no antigo SUDS de forma clara. Ou seja, as Secretarias Estaduais de Saúde deveriam ser as autoridades supramunicipais, assumindo um papel coordenador mais geral, como por exo. com relação às políticas de investimento. Sem dúvida cabe ao Município decidir, por exo., onde instalar uma unidade de saúde cuja abrangência esteja dentro de seus limites geográficos. No entanto, isto não significa que uma autoridade municipal possa decidir sobre a localização de equipamentos de abrangência micro-regional ou estadual. Uma autonomia municipal desse tipo levaria a ações superpostas e a uma competição predatória sobre os recursos, quase sempre escassos ([5]).

O principal problema nessa repartição de competências, no entanto, é a **não** definição de como os diferentes níveis de governo participam do **financiamento dos serviços de saúde.** Ou seja, os recursos que comporiam o montante global para o custeio e o investimento em cada instância de governo não ficam claramente definidos.

Na ausência de uma regulamentação do artigo 35 da Constituição - que estabelece que 50% dos recursos destinados a Estados e Municípios seja distribuída segundo o quociente de sua divisão pelo número de habitantes, e que os 50% restantes seja repassado de acordo com uma série de critérios técnicos (perfis demográfico e epidemiológico, características da rede, desempenho, níveis de participação do setor nos orçamentos estaduais e municipais, entre outros) - foram definidos critérios de partilha de recursos. Assim, a **Lei 8.142 de 29/12/1990** dispõe, entre outras medidas, sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde. Em seus artigos 3o. e 4o. ela define que os 50% dos recursos destinados aos Estados e Municípios pelo critério populacional deverão ser repassados de forma "automática", sempre e quando forem cumpridos os seguintes pré-requisitos: criação de um Fundo (estadual ou municipal) de Saúde; criação de um Conselho de Saúde; desenvolvimento de um plano plurianual de saúde; emissão sistemática de relatórios de gestão que permitam o controle e avaliação das ações de saúde; contra-partida de recursos para a saúde no orçamento da esfera local em questão; e a criação de uma comissão para elaborar um plano de carreira, cargos e salários para o pessoal do setor ([6]).

Essa **segunda Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.142 de 28.12.90** supra citada), foi editada tendo em vista os vetos que a Lei no.8.080/90 recebeu, principalmente no tocante 'a participação da comunidade (art.11, vetado) e ao repasse direto de recursos (@@ 2o. e 3o. do art. 33 e @ 5o. do art.35 vetados). Estes artigos não deveriam ter sido vetados, pois, ao passo que um regulamentava a Constituição (art. 198, III, da participação da comunidade), o outro buscava interpretar a intenção do legislador constitucional de descentralizar a execução da ações e dos serviços públicos de saúde, como fez ao determinar a transferência de recursos da União para os Estados, DF e Municípios de

forma direta, independentemente da celebração de instrumento jurídico. Com o advento dessa nova Lei, restabeleceu-se a participação da comunidade na gestão do SUS, mediante a criação dos Conselhos de Saúde e das Conferências de Saúde, disciplinando-se também a transferência de recursos, arrecadados pela União, para os Estados, o DF e os Municípios, conforme detalhamento acima ([7]).

Com exceção do expresso no Ato das Disposições Transitórias ([8]), não foi definida nenhuma garantia quanto à participação da área da saúde na partilha dos recursos da Seguridade Social, passando a definição dos recursos a ser feita, após negociação, em cada lei orçamentária anual.

Aprovada a Lei 8.080, em 1990, e os orçamentos federais nos anos seguintes, praticamente foi realizada uma certa vinculação entre as principais fontes da Seguridade e as políticas abrangidas pela proteção social, muito embora a Constituição apregoasse o contrário. Através de um acordo entre as lideranças partidárias, ficou estabelecido que os recursos do FINSOCIAL seriam prioritariamente destinados à saúde e que a receita da contribuição sobre o lucro iria, prioritariamente, para os programas assistenciais. Em outras palavras, foi estabelecida, na prática, a especialização das fontes de financiamento da Seguridade Social.

As propostas para o financiamento do Setor Saúde

Frente à crise vivida pelo Setor nos últimos anos, as propostas referentes ao financiamento foram (e continuam sendo) as mais controvertidas e polêmicas, já que dizem respeito à base de todo o funcionamento do sistema a nível nacional. São aqui destacadas as propostas mais relevantes do ponto de vista do impacto sobre o setor, identificando, sempre que possível, seus autores e sua inserção na heterogênea sociedade brasileira.

Quase todas as propostas de revisão do financiamento do SUS, procuram aumentar o volume e dar maior estabilidade aos recursos destinados à Saúde. Algumas dessas propostas indicam como estratégia a especialização ou vinculação das fontes dentro do Orçamento da Seguridade Social ([9]).

No caso das propostas de especialização das fontes, a contribuição sobre a folha seria exclusiva da Previdência, enquanto que o Finsocial (ou outra fonte que venha a substituí-lo) seria destinado ao SUS. Outro mecanismo proposto, e que de certa forma preserva o conjunto e a diversidade de fontes que constitui o Orçamento da Seguridade Social, é a definição de alíquotas específicas de cada fonte para cada uma das áreas que compõem a Seguridade (Saúde, Previdência e Assistência Social).

As propostas de vinculação podem ser agrupadas em dois tipos: a vinculação ao SUS de percentuais diferenciados das receitas de impostos e das receitas que compõem o Orçamento da Seguridade Social, ou a vinculação de percentual único do conjunto das receitas de impostos e contribuições sociais.

Com relação à Revisão Constitucional, duas emendas foram apresentadas formalmente com relação ao financiamento da Saúde no Congresso Nacional. A primeira, de iniciativa do Deputado Chafick Farah, estabelece que a União aplicaria, anualmente, nunca menos do que 18% da receita de impostos e contribuições no SUS. A segunda, de autoria dos Deputados Waldir Pires e Eduardo Jorge, define que os recursos destinados à Saúde corresponderiam a, pelo menos, 30% do Orçamento da Seguridade Social, acrescidos de mais 10% da receita de impostos do governo federal. Esta

proposta também propõe, a título de sugestão, que as demais esferas do governo destinem pelo menos 10% de seu orçamento para o setor Saúde.

Segundo estimativas apresentadas pelo Ministério da Saúde, considerando que a receita da União sobre a qual se aplicaria a alíquota é a receita líquida, deduzidas, portanto, as transferências para Estados e Municípios de parte do Imposto de Renda e de parte do IPI, e não incluindo o PIS/PASEP, os recursos advindos da emenda Chafick Farah representariam 1,88% do PIB, o equivalente a US$ 54 per capita/ano. No caso da emenda dos Deputados Waldir Pires e Eduardo Jorge, por outro lado, somente os recursos federais atingiriam 2,66% do PIB e um valor per capita de US$ 65 ([10]).

O CONASS (Conselho Nacional de Secretários de Saúde), entidade que congrega os Secretários de Saúde de todas as Unidades da Federação, e que vem participando ativamente, sobretudo na última década, da discussão e proposição de alternativas para a Saúde, também apresentou propostas ([11]). Em primeiro lugar, o CONASS deixa claro o seu apoio à manutenção da doutrina e dos princípios estabelecidos na Constituição e na Legislação complementar, tratando apenas de enfatizar a definição de mecanismos de financiamento precisos e seguros. Propõe que seja destinado ao SUS, no mínimo, 30% das contribuições sociais e 10% dos impostos federais, estaduais e municipais. As áreas de saneamento básico, alimentação, educação, ambiente de trabalho, entre outras, não devem ser financiadas pelo SUS.

Ao Orçamento da Seguridade Social devem ser incorporados: 40% dos recursos do Pis/Pasep, hoje destinados ao BNDES; 2% da unificação COFINS (FINSOCIAL) com o PIS-PASEP, ficando 0,65% desta unificação para o seguro-desemprego; liberação dos atuais depósitos do COFINS (FINSOCIAL); alíquota adicional especial a ser criada para as instituições financeiras (como ocorre na maioria dos países desenvolvidos); parte, a ser definida, do FAT (Fundo do Amparo do Trabalhador), após acrescentar saúde como um dos objetivos desse Fundo; e sobretaxas sobre cigarro, bebidas alcoólicas e outros supérfluos prejudiciais à saúde.

Além disso, segundo o CONASS, deveria ser promovida uma profunda reforma fiscal e tributária. O objetivo seria eliminar a regressividade social e regional e dotar os Estados e Municípios dos recursos próprios necessários à realização de suas responsabilidades, elevando sua participação na receita tributária de 29% para pelo menos 35% no caso dos Estados, e de 17% para pelo menos 40%, no caso dos Municípios. A esfera federal, desse modo, teria responsabilidades e recursos somente para a regulação e normatização de abrangência nacional. É proposto, ainda, a unificação das estruturas e responsabilidades de arrecadação e gastos nas mesmas esferas, eliminando o "passeio" de ida e volta dos recursos, que consome, em média, metade de seus valores reais. No entanto, enquanto não fosse implantado esse sistema, deveriam continuar os repasses federais aos Estados e Municípios, e Estaduais aos Municípios, feitos, porém, de forma regular e automática, e não mais negociados e sujeitos a acordos e convênios.

O CONASS rejeita as propostas que isentam as empresas, que prestam assistência de saúde aos seus empregados, do pagamento de Contribuições Sociais e/ou Imposto de Renda. Por outro lado, solicita a revisão dos critérios que isentam do Imposto de Renda os pagamentos feitos ao setor

privado de saúde, bem como a extinção, a curto prazo, da isenção dos pagamentos aos planos privados de previdência e saúde. Além disso, exige que as empresas privadas de seguro-saúde reembolsem o SUS dos gastos efetuados por este sistema com os clientes daquelas empresas.

Defende, ainda, o aperfeiçoamento dos critérios de isenções e subsídios às entidades filantrópicas e sem fins lucrativos e que sua aplicação seja transparente para facilitar o controle social pelos Conselhos de Saúde.

Propõe, também, como forma de regulamentar o fluxo de recursos para as entidades envolvidas no sistema, que o pagamento à rede prestadora de serviços seja realizado no prazo máximo de 30 dias após o recebimento oficial dos relatórios de produção ou faturas. Vencido este prazo, deverão incidir as correções oficiais.

E finalmente, o CONASS propõe que se exija do Tesouro o pagamento da folha dos servidores ativos dos Ministérios da Saúde, Previdência, Trabalho e Bem Estar Social, bem como os do Encargos Previdenciários da União (EPU).

Com relação ao **CONASEMS (Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde)**, sua posição é de "extrema desconfiança e insegurança em relação ao SUS, devido a total falta de garantia acerca da questão do financiamento do sistema." ([12])

Diante dessa situação de incerteza, os municípios fizeram ao Ministério da Saúde uma série de reivindicações para dar continuidade ao processo de descentralização do SUS:

- **garantia das fontes de financiamento**, através da **aprovação da proposta do Deputado Eduardo Jorge**;

- não desintegração do conceito de Seguridade Social, ou seja, **que não haja especialização de fonte**;

- definição do tipo de recursos e de como se dará o fluxo;

- obrigação de prestação de contas, com definição de a quem e quando isso ocorrerá, tendo em vista as deficiências do atual sistema de auditoria, que funciona paralelamente ao MS e, por vezes, de encontro a ele;

- instauração de mecanismos de acompanhamento da alocação de recursos com participação efetiva do controle social;

- definição de critérios para os repasses de recursos para investimento;

- cronograma ditando a priorização dos recursos em relação à Fundação Nacional de Saúde (FNS), medicamentos, política sanitária e de controle epidemiológico;

- normatização dos instrumentos gerenciais para a gestão dos recursos humanos absorvidos de outras esferas de governo;

- criação de um novo sistema de auditoria nacional, com subsistemas estaduais e municipais, diluindo o poder que tem o liquidante atualmente;

- nova definição em relação aos escritórios regionais do INAMPS.

Com respeito às propostas dos candidatos à Presidência da República (para as eleições de 1994), analisou-se o conteúdo dos programas de Luis Inácio Lula da Silva (PT), de Orestes Quércia (PMDB) , de Leonel Brizola (PDT) e de Fernando Henrique Cardoso (PSDB).

No progama do PT, o tema Financiamento do Setor estava incluído nas Diretrizes de Governo. Seus principais pontos eram os seguintes ([13]):

. qualquer proposta de melhoria do Setor Saúde passaria por uma radical modificação do seu financiamento;

. para tal, seria necessário a definição de fontes estáveis, ampliando os recursos para o SUS, e estabelecendo critérios e mecanismos que garantissem o seu repasse regular e automático para os Estados e Municípios;

. o governo Democrático e Popular deveria recuperar, já no primeiro orçamento, os padrões históricos de recursos federais para o setor (em torno de US$ 12 bilhões); reordenando, progressivamente, o orçamento da União de modo a que se invistisse no mínimo 5% do PIB em saúde, o que, nas atuais condições, equivaleria a cerca de 150 dólares por habitante/ano. Parte desses recursos deveriam ser oriundos da vinculação de 30% das receitas do Orçamento da Seguridade Social para a Saúde;

. outra fonte de financiamento do SUS seria resultante do fim da dedutibilidade do Imposto de Renda de pessoas físicas e jurídicas dos gastos em saúde com planos de assistência médica, medicina de grupo, cooperativas médicas, seguro-saúde;

. o governo federal negociaria com os governos estaduais e municipais, estabelecendo acordos para que estes também destinassem no mínimo 10% de suas receitas orçamentárias para a saúde;

. os valores per capita anuais a serem destinados pela União, deveriam ser entendidos como uma média que não necessariamente deveria se distribuir de forma uniforme em todas as regiões do país: condições de vida e disponibilidade de serviços diferentes geram demandas e possibilidades diferenciadas. Portanto, a distribuição dos recursos globais deveria responder ao diagnóstico epidemiológico e à capacidade de arrecadação de cada Estado e Município, sendo decidida com a participação dos Conselhos de Saúde.

As ações e estratégias para alcançar o objetivo de aumentar os recursos para a saúde, garantindo a eficiência, a lisura e a transparência dos gastos públicos, seriam as seguintes ([14]):

1) Quanto ao volume de recursos:

- dar consequência ao preceito da Seguridade Social, assegurando a destinação das contribuições sociais às três áreas: saúde, previdência e assistência social;

- aumentar os gastos públicos com saúde até se alcançar, ao final do mandato, cerca de 150 dólares per capita por ano;

- fazer gestões (legislativas, políticas e administrativas) para que os níveis estaduais e municipais elevem o gasto público em saúde para no mínimo 10% de suas receitas fiscais;

- iniciar um processo de descentralização tributária, na direção da retenção dos recursos específicos da saúde, devidos aos níveis municipais e estaduais na origem, de maneira a que, a médio prazo, os estados e municípios possam financiar a saúde na medida das suas responsabilidades legais, invertendo a participação União/Estados e Municípios;

- reverter os impostos e taxas sobre cigarros e bebidas alcoólicas para o SUS, destinando-os especificamente para os programas de controle do alcoolismo e de doenças causadas pelo fumo;

- eliminar gradualmente os subsídios diretos e indiretos que afetam a receita do setor e a equidade do sistema, especialmente os correspondentes aos planos de saúde privados e aos sistemas privativos de corporações.

2) Quanto ao processo:

- garantir 30% das receitas de contribuições sociais para a saúde;

- implementar efetivamente o Fundo Nacional de Saúde, sob o controle direto do CNS, englobando todos os recursos federais alocados à função saúde;

- definir claramente o que corresponde à função saúde;

- efetuar o crédito automático das receitas de contribuições sociais ao FNS;

- estabelecer critérios técnicos para repasses a Estados e Municípios e efetuá-los de forma regular e automática conforme o crédito no FNS, para os fundos respectivos;

- estabelecimento de mecanismos que assegurem a alocação, pelos Estados e Municípios, dos recursos de contra-partida necessários à implementação do SUS, de acordo com suas capacidades fiscais e tributárias;

- descentralizar a contratação, pagamento e controle do setor privado para Estados e Municípios;

- eliminar o repasse "negociado" para Estados e Municípios, salvo em situações de emergência e para financiamento de grandes investimentos com recursos federais ou estrangeiros (financiamento e apoios internacionais negociados pelo governo federal e aprovados pelo CNS);

- substituir os repasses sob critérios de produção para Estados e Municípios na medida da elaboração de Planos Diretores que levem em conta a reorganização do modelo assistencial;

- cumprir o preceito legal que exige prestação de contas em audiência pública trimestral em todos os níveis de gestão;

- estimular a experimentação e substituição do pagamento do setor privado contratado por produção, a nível de Estados e Municípios, por outras formas menos indutoras de fraudes e distorções, descentralizando critérios e valores de remuneração para estes níveis; dar acesso ao usuário à *fatura* dos serviços a ele prestados;

- implementação do Sistema Nacional de Auditoria, descentralizado e conjuntamente com os Estados e Municípios e com participação do Ministério Público;

- combater incessantemente às fraudes e à corrupção no setor, em todos os seus níveis;

- assegurar o acesso à informação como condição para o exercício do controle social; ficulgar a informação dos repasses feitos a cada Estado e Município pelos meios de comunicação de massa e através dos Conselhos de Saúde.

Com relação ao programa de saúde do PMDB à presidência da República, destaca-se ([15]):

. o Sistema Único de Saúde (SUS), implodido no Governo Collor-Itamar, antes mesmo de estar implantado em todo o país, seria restabelecido, assegurando à população os direitos garantidos na Constituição, e resgatando os princípios fundamentais do SUS;

. a meta seria duplicar os gastos com saúde em relação ao PIB (aumentando-os de 3,2% para 6,4%), com fontes estáveis de recursos em todos os níveis de governo;

. os instrumentos seriam: vinculação do equivalente a 25% da receita tributária líquida da União, recursos esses cobe5rtos pelo COFINS e pela contribuição sobre o lucro; repasse de recursos da União para Estados e Municípios, segundo critérios que levem em conta, entre outros, o tamanho da populaçào; conferir maior autonomia aos Estados e Municípios na definição dos critérios de remuneração pelos serviços;

. somados aos recursos específicos para a saúde (independentes das verbas da Previdência), seriam investidos no mínimo US$ 1,7 bilhão/ano em saneamento básico, fundamental para a saúde pública;

. as competências entre esferas administrativas seriam redefinidas da seguinte forma:

- Governo Federal: promulgação de normas; co-financiamento; avaliação e controle de execução dos programas e prestação de serviços; fiscalização e auditoria dosrecursos repassados a Estados e Municípios; planejamento das campanhas sanitárias e programas de saúde pública; financiamento dos investimentos necessários à expansão da rede pública em regiões críticas, mediante análise técnica de projetos;

- Governo Estadual: co-financiamento, organização e regulamentação; fiscalização e controle da qualidade dos serviços; manutenção das redes estaduais de referência e garantia de acesso a serviços de alta tecnologia e especialização; execução de programas de saúde pública e campanhas sanitárias;

- Governo Municipal: prestação direta dos serviços; gestão da rede hospitalar e ambulatorial pública estatal e federal (exceto a rede de referência); planejamento, fiscalização e controle sobre a prestação de serviços da rede conveniada (privada e filantrópica);

. a descentralização foi considerada fundamental para permitir o atendimento na área de saúde de acordo com as peculiaridades de cada região e ampliar a possibilidade de fiscalização por parte da própria sociedade;

. finalmente, estava proposta a modernização dos métodos de gestão: gestão hospitalar autônoma, profissionalizada e específica ao atendimento das necessidades de cada unidade; redes de referência de saúde, encabeçadas por hospitais com estruturas fundacionais ligadas ao Município e com orçamentos próprios, negociados com os níveis centrais do governo, com base na fixação de metas de cobertura e qualidade de cada unidade; participação da comunidade nos conselhos curadores dos hospitais; definição de política de recursos humanos que estimulem a permanência, em tempo integral, dos profissionais de saúde.

O programa de saúde do PDT ([16]), discutia o financiamento da Seguridade Social como um todo, alegando que as contribuições sobre o lucro e o faturamento nunca chegaram a ser plenamente implementadas, tendo sido questionadas judicialmente pelos empregadores, como no caso do FINSOCIAL. Isto agravou, segundo o programa do PDT, a crise financeira decorrente do comprometimento das fontes de receita resultado tanto da recessão econômica e do aumento das taxas de desemprego , como da sonegação (estimada entre 30% e 50%), da extinção do FINSOCIAL sem uma alternativa compensatória, além do aumento do número de trabalhadores sem carteira assinada.

O programa do PDT combatia abertamente as propostas de privatização "a la chilena", alegando que a mesma interessava aos grandes grupos financeiros internacionais que vêm procurando ampliar e conquistar o mercado brasileiro. Esta ameaça comprometeria o sentido redistributivo e de equidade que a seguridade, segundo o PDT, deveria ter. A privatização da Seguridade ampliaria o fosso das desigualdades da sociedade brasileira.

Por outro lado, a crise financeira da Seguridade também teria levado à redução do valor real dos benefícios e à completa degradação do Sistema Único de Saúde. O PDT propôs que se implantasse efetivamente uma política de financiamento da Seguridade Social que diversificasse sua base de contribuição, com redução da participação de contribuição dos empregados, aumento das formas de contribuição pelo faturamento líquido, acompanhados de mecanismos aperfeiçoados de combate à sonegação. Também propôs que se garantisse a transferência de recursos da União para o orçamento da Seguridade Social em valores compatíveis com a universalidade do sistema que pretende universalizar efetivamente o acesso aos serviços de saúde e atender através de ações sociais municipalizadas e compensatórias aqueles que vivem nos bolsões de pobreza absoluta. O sistema público de saúde, de acordo com esta proposta, deveria ser financiado prioritáriamente por recursos orçamentários da Seguridade Social ao nível da União, e dos orçamentos fiscais dos Estados e Municípios.

Finalmente, o programa de saúde do candidato da coligação PSDB/PFL, ([17]), reconhecia que, históricamente, as despesas federais representavam 75% dos gastos públicos totais no financiamento da saúde, e se propunha, a garantir fontes estáveis e suficientes de recursos. Este objetivo seria alcançado com a reforma tributária e fiscal. Também considerava necessário estimular os Estados e Municípios a aumentarem significativamente seus gastos em saúde, de acordo com as competências definidas para cada esfera de governo. Esse sistema compartilhado deveria funcionar através de mecanismos automáticos de repasses entre as instâncias governamentais, segundo critérios redistributivos. As transferências negociadas, portanto, estariam restritas aos investimentos prioritários de caráter redistributivo. Paralelamente à garantia de recursos estáveis e suficientes, e diante do diagnóstico de que o Brasil "gasta mal", seriam promovidas profundas mudanças (não especifica quais) para assegurar a boa utilização do dinheiro público.

O programa do PSDB também reiterava fidelidade aos mandamentos constitucionais da saúde como integrante da Seguridade Social; da saúde como direito de todos e dever do Estado; da relevância pública das ações e dos serviços de saúde; além de consolidar os princípios de organizaçào do SUS, como a descentralização, o atendimento integral e a participação da comunidade.

As medidas apontadas para a área de Saúde eram:

1. Aumentar e garantir a estabilidade dos recursos públicos para a saúde, através de: aplicação de no mínimo R$80,00 anuais por habitante; estímulo ao incremento dos gastos de Estados e Municípios, por meio de sistema de financiamento compartilhado; transferência global de recursos, sem vinculações pré-determinadas, diretamente do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Estaduais e Municipais de Saúde; estabelecimento de mecanismos e critérios redistributivos para a

transferência de recursos materiais e financiamento entre regiões e entre grupos sociais em situação de exclusão.

2. Expandir e consolidar o Sistema Único de Saúde.

3. Aumentar a eficiência do SUS.

4. Melhorar a qualidade da atenção no SUS.

5. Estimular os Municípios a implantar os "Distritos Sanitários", de forma a permitir ação conjunta dos técnicos e da população na identificação e solução de problemas.

6. Democratizar o SUS.

7. Regular o Sistema Privado de Atenção Médica Supletiva, após ampla discussão com todos os segmentos interessados.

8. Implantar uma política de assistência farmacêutica.

Além das propostas acima, dirigidas especificamente ao Setor Saúde, foram apresentadas uma série de propostas revisionais (para o processo de Revisão Constitucional) que modificam artigos referentes ao capítulo II da Seguridade Social ([18]). Destaca-se aqui apenas aquelas que dizem respeito ao financiamento e que afetam, direta ou indiretamente, a Saúde.

A primeira delas modifica o Artigo 195 do referido capítulo, o qual passa a ter a seguinte redação (as palavras em negrito são aquelas que foram introduzidas e/ou alteradas):

"A Seguridade Social será financiada por toda a sociedade, de forma direta e indireta, nos termos da lei, mediante recursos provenientes dos orçamentos **fiscais** da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, e, **dentre outras**, das seguintes contribuições sociais:

I - dos empregadores, incidentes sobre:

a) a folha de salários **e demais rendimentos do trabalho pagos a pessoa física**;

b) a **receita** (no lugar de "faturamento");

c) o lucro.

II) - dos trabalhadores, **demais participantes e beneficiários**.

A justificativa para a modificação do caput do art. 195 é a seguinte: tal como redigido anteriormente, o artigo permitia interpretação dúbia, ao não precisar a natureza dos Orçamentos. Por isso, a adjetivação se imporia para explicitar que o financiamento da seguridade social, além dos recursos oriundos das contribuições sociais integrantes do seu orçamento, contará com recursos transferidos dos orçamentos fiscais da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios.

A expressão "demais rendimentos do trabalho pagos a pessoa física", é mais ampla, segundo a justificativa, do que simplesmente "folha de salários", pois abrange não só os salários propriamente ditos mas, também, quaisquer outras formas de remuneração, como por exemplo "pro-labore", honorários, etc., além de deixar clara a exigibilidade de contribuição pelo trabalho avulso, autônomo, entre outros. É preciso obervar, no entanto, que esta proposta, embora correta, é difícil

de ser operacionalizada, dada a dificuldade de controle sobre a declaração das chamadas "outras remunerações".

Já a justificativa da substituição do termo "faturamento" por "receita" é de que isto permite a fusão das atuais contribuições sobre o faturamento (COFINS e PIS/PASEP), e também amplia o espectro dessa base de incidência, possibilitando a taxação de todos os tipos de receitas financeiras, patrimoniais, orçamentárias, etc.

Finalmente, a introdução de "demais participantes e beneficiários" é justificada pela ampliação do conceito de contribuintes diretos, explicitando e possibilitando a exigibilidade de contribuição de facultativos, servidores públicos, membros dos Poderes Legislativo e Judiciário, ocupantes de cargos de confiança, etc., na hipótese de unificação dos regimes de previdência, e também permitiria a contribuição dos inativos e pensionistas, se for o caso.

A segunda proposta modifica o parágrafo 4^{O} do mesmo artigo (195), ampliando-se a sua redação para: "A Lei poderá instituir outras fontes destinadas a garantir a manutenção ou expansão da seguridade social, **desde que não sejam cumulativas e não tenham fato gerador ou base de cálculo próprios de impostos discriminados nesta Constituição.**" Considerou-se, segundo a justificativa, que a explicitação dos princípios a serem obedecidos, ao invés da remissão ao dispositivo constitucional no qual estão contidos, é mais adequada e precisa, evitando maiores contestações judiciais.

Além disso, foi proposta a inclusão, no art.195, dos seguintes parágrafos:

- #20. "As contribuições sociais destinadas à seguridade social poderão ter alíquotas ou bases diferenciadas, em razão da natureza da atividade ou categoria do contribuinte, nos termos de lei de iniciativa do Presidente da República."

A justificativa para esse dispositivo, é de que ele permite maior flexibilidade no "mix" das fontes de financiamento entre os diversos setores produtivos, inclusive contemplando a diferenciação de alíquotas, possibilitando uma distribuição mais justa e equilibrada dos encargos sociais sobre os fatores de produção. A exigência de Lei de iniciativa do Poder Executivo procura dificultar propostas isoladas e casuísticas de alteração de fontes e alíquotas.

-#3o. "Os recursos provenientes das contribuições sociais previstas neste artigo serão destinados exclusivamente ao financiamento das ações governamentais da seguridade social, como definida neste Capítulo."

-#4o. "Lei Complementar definirá:

Alternativa A:

I - os percentuais mínimos dos recursos, que integram o orçamento da seguridade social, destinados ao financiamento das ações e serviços de saúde, previdência social, seguro-desemprego e assistência social;

Alternativa B:

I- os percentuais mínimos do orçamento da seguridade social, destinados ao financiamento das ações e serviços de saúde, previdência social, seguro-desemprego e assistência social;

II- as normas e os critérios de transferência automática pela União de recursos da seguridade social para Estados, Distrito Federal e Municípios, e dos Estados para os Municípios, observada a respectiva contrapartida de recursos."

Esse dispositivo, segundo sua justificativa, procura contornar as diversas propostas de vinculações específicas de percentuais a cada uma das áreas de seguridade social no texto constitucional. No entanto, vale alertar para a excessiva rigidez que o instrumento de Lei complementar também significa na alocação de recursos, especialmente em áreas com relativa dificuldade de previsibilidade de necessidades, como é o caso das áreas cobertas pela seguridade social. Visando minimizar estas questões, prevê-se que a lei complementar definirá apenas os percentuais mínimos dos recursos por área.

É proposto, ainda, a supressão do parágrafo 7^{O}. "São isentas de contribuição para a seguridade social as entidades beneficentes de assistência social que atendam às exigências estabelecidas em lei." A justificativa é de que, além de não ser matéria constitucional, esse dispositivo deve ser suprimido em função do princípio de eliminação de todo e qualquer tipo de benefício ou incentivo fiscal, especialmente no texto constitucional. Lei infra-constitucional poderá até estabelecer isenções, se for o caso, na medida em que não há proibição explícita na Constituição Federal.

Finalmente, propõe também suprimir o parágrafo 8^{O} que diz "O produtor, o parceiro, o meeiro e o arrendatário rurais, o garimpeiro e o pescador artesanal, bem como os respectivos cônjuges, que exerçam suas atividades em regime de economia familiar, sem empregados permanentes, contribuirão para a seguridade social mediante a aplicação de uma alíquota sobre o resultado da comercialização da produção e farão jus aos benefícios nos termos da lei." Sua supressão é justificada por ser matéria própria da legislação ordinária. Seria impróprio estabelecer tratamento específico de alguns grupos de contribuintes no texto constitucional.

Diante do diagnóstico e das propostas apresentadas, fica claro que as causas primárias das dificuldades **não estão na concepção do sistema de saúde**. Os problemas são, fundamentalmente, de ordem operacional, gerencial e, sobretudo, de decisão política. Para esse tipo de entraves as revisões de natureza legal e constitucional são práticamente impotentes. Por outro lado, a limitação financeira do Setor Saúde, em boa medida decorrente da crise financeira e fiscal do Estado, teriam seu componente estrutural afetado pelas reformas financeira e tributária.

A maioria da propostas em pauta tentam resolver o problema do financiamento do setor saúde através do aumento do volume de recursos e da maior estabilidade de sua fontes. Isto seria obtido por meio de algum tipo de vinculação desses recursos. Existe uma polarização entre especialização e diversificação de fontes, ou seja, entre definir uma fonte exclusiva para cada área da Seguridade Social ou estabelecer várias fontes para cada uma das áreas.

Algumas das propostas resolvem o problema da divisão de recursos no interior da Seguridade, mas nenhuma garante que os mesmos sejam suficientes para o setor saúde, pois tanto no caso das fontes fiscais como no das contributivas, elas são afetadas, como vimos, por outros fatores, como a reforma tributária, o crescimento econômico e a partilha de recursos entre Estados e Municípios, entre outros. Além disso, é preciso observar que os municípios passaram a ter maior disponibilidade

própria de recursos a partir da Constituição de 1988, podendo dispor de maiores verbas para a área da saúde ([19]).

Existe toda uma discussão em torno da eficácia da vinculação ([20]). Em um contexto de crise fiscal e de falta de vontade política para resolver os problemas da área social como um todo, e em particular da área de saúde, as propostas de vinculação não podem ser encaradas como "panacéia". Um dos exemplos mais citados, para ilustrar suas limitações, é o da Educação, em cujo setor, apesar de a União estar obrigada a aplicar 18% da receita de impostos, verificou-se uma queda nas aplicações federais de 40% em termos reais entre 1990 e 1992.

Outra limitação apontada para a opção de vinculação é a de que esta, através da fixação de percentuais, pode ter efeito contrário no sentido do aumento no volume de recursos, transformando o piso em teto.

Uma das críticas mais comuns, no entanto, é a de que a prática de vinculação "engessaria" o orçamento, tornando rígidas as prioridades e alternativas.

Por outro lado, a vinculação para o Setor Saúde apresenta vantagens. Dentre elas se aponta para o fim da disputa entre Saúde e Previdência, ultimamente desfavorável para a primeira. Outro benefício apontado é o de que a vinculação facilitaria a partilha e o repasse de recursos, de forma automática, entre as três esferas de governo, favorecendo a descentralização.

Mais ainda, dado o grau de deterioração em que se encontra o SUS, pela absoluta ausência de prioridade dedicada a esse setor, **torna-se imprescindível a garantia de recursos mínimos**.

A fixação de alíquotas específicas para cada fonte do OSS parece ser, nesse contexto, a alternativa mais adequada. Ainda que possa não significar a elaboração de um orçamento integrado (tal como consta no parágrafo 2^{o} do artigo 195 da Constituição Federal), essa proposta não compromete o conceito de Seguridade.

A proposta de criação do Ministério da Seguridade Social poderia resolver o problema da disputa política entre as áreas. Essa fusão das três áreas em um único órgão também seria atraente sob a ótica de uma suposta redução da máquina administrativa. Apesar desta possível "economia" de recursos, essa proposta certamente não encontraria respaldo na área econômica do governo tendo em vista o controle de uma importante soma de recursos.

Finalmente, existem ainda algumas restrições dirigidas a determinadas propostas de autoria de alguns parlamentares. No caso da emenda Chafick Farah, além de vincular à área da saúde percentual de contribuições sociais que já têm finalidade específica, como o salário-educação, ela concentra a responsabilidade do financiamento em fontes federais sem considerar as instâncias estaduais e municipais. A proposta do deputado Jofran Frejat corrigiria parte do problema ao enunciar que estados e municípios também passassem a aplicar no setor 18% de suas receitas de impostos.

Já a proposta dos deputados Waldir Pires e Eduardo Jorge é questionada pela fixação de um percentual sobre as Contribuições Sociais sem que haja uma definição sobre o próprio orçamento da Seguridade, o qual depende, por exemplo, das alterações que possam vir a ocorrer na Previdência. Além disso, ao estipular em 10% a parcela de impostos a ser destinada à Saúde, estaria sugerindo,

pelo menos no caso dos Municípios, um patamar abaixo do que vem sendo aplicado pelas Prefeituras: 9% da receita disponível (receita própria mais transferências), o que é bem mais do que 10% da receita de impostos.

7.3 - Assistência Social

A partir da Constituição de 1988, os programas que integram a área de **Assistencia Social** passam a ser dirigidos "a quem dela necessitar, independente da contribuição à Seguridade Social" ([21]). São seus objetivos:

. a proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência e à velhice;

. o amparo às crianças e adolescentes carentes;

. a promoção da integração ao mercado de trabalho;

. a habilitação e reabilitação das pessoas portadoras de deficiência e a promoção de sua integração à vida comunitária;

. a **garantia de um salário mínimo de benefício mensal à pessoa portadora de deficiência** e ao **idoso que comprovem não possuir meios** de prover à própria manutenção ou de tê-la provida por sua família, conforme dispuser a lei.

As ações governamentais na área de AS serão organizadas com base nas seguintes **diretrizes**:

. **descentralização político-administrativa**, cabendo a coordenação e as normas gerais à esfera federal e a coordenação e a execução dos respectivos programas às esferas estadual e municipal, bem como a entidades beneficentes e de assistência social;

. **participação da população**, por meio de organizações representativas, na formulação das políticas e no controle das ações em todos os níveis.

As ações governamentais na área de Assistência Social serão realizadas com recursos do **Orçamento da Seguridade Social**, além de outras fontes, ficando para ser definido em legislação complementar se a Assistência Social contará com recursos vinculados e se as contribuições sociais deixarão de ser uma de suas fontes de financiamento.

Relatório do IESP ([22]), afirma que o **Setor de Alimentação e Nutrição** não foi contemplado especificamente pela nova Constituição, mantendo-se à margem dos debates travados no decorrer do processo constitucional. De certa forma, diz o relatório, este setor ficou "a reboque" das decisões estabelecidas para as áreas de saúde e educação, às quais os programas alimentares estão institucionalmente vinculados. Nesse contexto, o quadro de indefinição quanto aos seus problemas crônicos foi consideravelmente agravado, sobretudo quando a ele se agrega uma perspectiva de sérias dificuldades quanto ao financiamento dos programas. Assim, a questão central envolvendo o financiamento dos **Programas de Suplementação Alimentar** refere-se ao dispositivo constitucional através do qual os recursos do FINSOCIAL passam a integrar o orçamento da Seguridade Social. Até que a legislação complementar regulamente os dispositivos relativos às receitas da Seguridade, ficou estabelecido que cinco dos seis décimos percentuais da alíquota desse Fundo integrarão esse orçamento, o que passou a vigir a partir de 1989, uma vez que em 1988 esses recursos já estavam

comprometidos com programas em andamento (artigo 56 das Disposições Constitucionais Transitórias).

Propostas de Reforma na área de Assistência Social

Frente ao diagnóstico apresentado, e reconhecendo a evidente necessidade de dar uma resposta pública aos enormes e complexos problemas sociais acumulados no país, diversas propostas tem sido feitas para a reformulação da área de Assistência Social. Uma determinada linha de consenso em torno do reordenamento da política de Assistência Social poderia ser resumida nas seguintes propostas: definição das competências das diversas esferas de governo, com ênfase na descentralização e na necessidade de coordenação e integração dos programas e ações; recursos financeiros suficientes e adequados, nítidamente identificados e garantidos, mesmo que provenientes de fontes diversificadas; e criação de mecanismos de participação e controle social. De acordo com essa linha, essas propostas deveriam partir do pressuposto da Assistência Social como direito social (base da cidadania), o que implicaria na formulação de programas de caráter "preventivo", capazes de combater as "causas das carências"; evitando-se assim o assistencialismo que eterniza a exclusão social e impede o "avanço do processo de extensão da cidadania plena" (1).

Esse dilema entre uma política de Assistência Social que tenha um papel na superação da pobreza, na medida em que possa promover a organização e participação dos excluídos, garantindo ainda o acesso ao trabalho, à renda e à utilização dos equipamentos sociais; versus uma política de Assistência Social que contribua para um modelo de desenvolvimento econômico e social excludente e concentrador, perpetuador da pobreza, continua vigente até hoje. Possívelmente até de forma mais acentuada, em função do agravamento da situação social e da crise do setor público.

Outro aspecto relevante é o fato de que a Assistência Social vem assumindo, recentemente, um papel crescente nas Políticas Sociais, tanto em termos de estratégia (através da substituição dos direitos universais de cidadania), como em termos de prioridades de ação. Sob as mais variadas denominações e formas, ela vem sendo adotada na última década, seja para dar maior visibilidade política à chamada prioridade social do govêrno (como foi o caso de alguns programas no govÊrno da Nova República), seja para suprir necessidades sociais emergenciais em decorrência da recessão econômica, implementando ações governamentais de caráter assistencial residual e de impacto duvidoso (como é o caso do período Collor e pós-Collor).

Finalmente, estão em curso duas discussões: uma de caráter legal/institucional específica para o Setor - como é o caso do encaminhamento da Lei Orgânica de Assistência Social(LOAS) - e outra, de caráter mais geral, que diz respeito à revisão constitucional e seus possíveis impactos sobre as Políticas Sociais.

Reformas na Legislação

Existem uma série de Decretos e Leis que se relacionam com a área de Assistência Social (24). No entanto a lei mais importante, que veio regulamentar o disposto na Constituição sobre Assistência Social, foi a **LOAS-Lei Orgânica de Assistência Social.**

As principais mudanças contidas na nova legislação sobre a organização da Assistência Social eram:

- Extinção da LBA, CBIA e outros órgãos federais de Assistência Social. O Poder Executivo dispunha de um prazo de 60 (sessenta) dias, após a publicação da LOAS, para elaborar e encaminhar projeto de lei dispondo sobre a extinção e o reordenamento dos órgãos de assistência social do Ministério do Bem-Estar Social, **o qual não foi cumprido**. Esse projeto também deveria definir formas de transferência de benefícios, serviços, programas, projetos, pessoal, bens imóveis para a esfera municipal.

- Descentralização político-administrativa das ações de Ass.Social para os Estados e Municípios, com comando único das ações em cada esfera de govêrno; com primazia da responsabilidade do Estado na condução da política de Assist.Social em cada uma dessas esferas; e com contrôle social, através da participação, em todos os níveis, de organizações representativas da população.

- A União continuaria a exercer um papel supletivo naquelas ações executadas atualmente por ela no âmbito dos Estados e Municípios, tendo em vista a implementação da descentralização, prevista nesta lei, no prazo máximo de doze meses (o qual tampouco foi cumprido).

- Substituição do CNSS (Conselho Nacional de Serviço Social) pelo CNAS (Conselho Nacional de Assistência Social); e a criação dos Conselhos Estaduais e Municipais de Assist.Social. Esses conselhos possuiriam caráter deliberativo e permanente, e composição paritária entre governo e sociedade civil.

- O funcionamento das entidades de Assist. Social passaria a depender de prévia inscrição nos Conselhos Municipais de Assist. Social. Esta inscrição seria condição para o encaminhamento de registro e de certificado de entidade de fins filantrópicos junto ao Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS).

- O CNAS aprovaria os critérios de transferências de recursos para Estados e Municípios, considerando indicadores como população, renda *per capita*, mortalidade infantil, e concentração de renda.

- Também caberia ao CNAS a apreciação e a aprovação da proposta orçamentária da Assistência Social a ser encaminhada pelo órgão da Administração Pública Federal responsável pela coordenação da Política Nacional de Assistência Social.

- Ficou prevista a garantia de 1(um) salário mínimo de benefício mensal (de prestação continuada) à pessoa portadora de deficiência e ao idoso (com 70 anos ou mais) que comprovassem não possuir meios de prover a própria manutenção ou de tê-la provida por sua família. Competeria à União a concessão e a manutenção desses benefícios. Essa idade deveria ser reduzida para 67 anos após 24 meses do início da concessão, e para 65 anos após 48 meses do início da concessão. Foi considerada incapaz a família cuja renda mensal *per capita* fosse inferior a 1/4 do salário mínimo.

- Seriam também concedidos benefícios de caráter eventual, estando previstos os auxílios por natalidade e morte às famílias cuja renda mensal *per capita* fosse inferior a 1/4 de salário mínimo. A concessão e o valor destes benefícios seriam regulamentados pelos Conselhos de Assistência Social dos Estados e Municípios, mediante critérios e prazos definidos pelo Conselho Nacional de Assistência Social - CNAS. Outros benefícios poderiam ser estabelecidos para atender "necessidades

advindas de situações de vulnerabilidade temporária, com prioridade para a criança, a família, o idoso, a pessoa portadora de deficiência, a gestante , a nutriz e nos casos de calamidade pública" (LOAS, Art.22). O CNAS poderia também propor, na medida das disponibilidades orçamentárias das três esferas de governo, a instituição de benefícios subsidiários no valor de até 25% do salário mínimo para cada criança de até 6 anos de idade, nos termos da renda mensal familiar estabelecida anteriormente (até 1/4 de salário mínimo *per capita*).

- O CNAS, respeitando o orçamento da Seguridade Social e a disponibilidade do Fundo Nacional de Assistência Social-FNAS, poderia propor ao Poder Executivo a alteração do limite de renda mensal familiar per capita definido para a concessão de benefícios de prestação continuada e eventuais.

- Com a implantação desses benefícios, ficariam extintos a renda mensal vitalícia, o auxílio-natalidade e o auxílio-funeral existentes no âmbito da Previdência Social (conforme disposição da Lei N.8.212 de 24 de julho de 1991).

- No parágrafo único do Art.2o., ficou explicitada a integração da Assist.Social com as demais políticas setoriais, "visando ao enfrentamento da pobreza, à garantia dos mínimos sociais, ao provimento de condições para atender contingências sociais e à universalização dos direitos sociais."

- O Ministério da Ação Social ficaria mantido como "instância coordenadora da Política Nacional de Assistência Social", o que passou a entrar em choque com propostas posteriores de sua extinção.

- Com relação ao **Financiamento** da Assistência Social ficaram estabelecidas as seguintes determinações:

. o Fundo Nacional de Ação Comunitária (FUNAC) - ratificado pelo Decreto Legislativo n.66 de dez/1990 - seria substituído pelo Fundo Nacional de Assistência Social (FNAS);

. as fontes de recursos seriam a União, os Estados, os Municípios, e as contribuições sociais previstas no artigo 195 da Constituição Federal (dos empregadores, sobre folha de salários, faturamento e lucro, dos empregados, e da receita de concursos de prognósticos); além de outros recursos que comporiam o Fundo Nacional de Assistência Social - FNAS;

. os recursos de responsabilidade da União destinados à Ass.Social seriam automáticamente repassados ao FNAS à medida em que se fossem realizando as receitas;

. a gestão do FNAS caberia ao órgão da Administração Federal responsável pela coordenação da Política Nacional de Ass.Social, sob a orientação e controle do Conselho Nacional de Ass.Social - CNAS;

. o repasse de recursos aos Estados e Municípios teria como condição a efetiva instituição e funcionamento dos Conselhos de Assistência Social (de composição paritária entre governo e sociedade civil), dos Fundos de Assistência Social e dos Planos de Assistência Social;

. o Poder Executivo dispunha de 180 dias, a contar da data de publicação da LOAS, para regulamentar e colocar em funcionamento o Fundo Nacional de Assistência Social - FNAS (prazo que tampouco foi cumprido).

Na realidade, **a maioria dessas propostas**, elaboradas democráticamente, com participação de diversos setores sociais comprometidos com a Política de Assistência Social, **constitui ainda uma agenda a ser cumprida**. O detalhamento das mesmas foi proposital, já que, do nosso ponto de vista, elas representam **todas as mudanças que se fazem necessárias nesse setor**. Ressalte-se também que a aprovação da LOAS pelo Congresso já havia sido efetuada desde o período Collor, tendo sido totalmente vetada pelo seu governo, sendo sua promulgação efetuada apenas em dezembro de 1993, já no governo Itamar Franco. Um de de seus benefícios concretos, e de extrema relevância para a população carente, a extensão da Renda Mensal Vitalícia para todos os idosos acima de 70 anos e deficientes físicos (independentemente da existência ou não de contribuição prévia para a Previdência) comprovadamente carentes, até hoje não foi implementado.

Previdência Social

Os avanços na legislação constitucional na área previdenciária foram precedidos por importantes mudanças durante o período 1985/87. De um lado, ampliou-se a cobertura dos benefícios mediante a elevação do valor dos pisos urbanos, a redução de prazos de carência e a extensão de alguns tipos de benefícios para a área rural, reduzindo o grau de desigualdade entre as clientelas urbana e rural. De outro, foram realizadas importantes alterações em sua estrutura, destacando-se, entre elas, a descentralização da gestão administrativa do nível federal para as estruturas regionais e locais.

Por sua vez, a ampla maioria das mudanças constitucionais na área previdenciária não foram implementadas de imediato, mesmo aquelas que não dependiam de regulamentação. Além da aprovação das Leis de Custeio e Organização da Seguridade Social e do Plano de Benefícios da Previdência Social ter ocorrido quase dois anos após o prazo determinado pelo Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, a regulamentação dos benefícios e das fontes de financiamento só foi realizada 6 meses depois do sancionamento pelo presidente da República.

O **Plano de Benefícios** introduzido pela nova legislação (1991) contempla o disposto na Constituição, bem como corresponde às proposições formuladas pelo Grupo de Trabalho para Reestruturação da Previdência Social formado em 1986, propostas que se consubstanciaram no ante-projeto de Lei de Diretrizes e Bases da Seguridade Social de 1987.

Esse Plano introduz modificações que corrigem antigas iniquidades, como a diferença de tratamento entre segurados urbanos e rurais. Assim, se equaliza para todos os contribuintes do Sistema tanto os riscos cobertos, como os valores mínimos e máximos dos benefícios previdenciários. É também eliminada a exigência de carência para riscos não previsíveis como prisão e morte. No entanto, no caso do auxílio-doença a carência foi dispensada apenas para doenças decorrentes de situações de trabalho, além de algumas doenças especificadas pelo Ministério da Saúde (como a SIDA). Para a aposentadoria por invalidez a carência é eliminada apenas nos casos de acidentes (aqui, de qualquer natureza).

Já a carência com relação à aposentadoria por idade, por tempo de serviço, especial e ao abono de permanência em serviço, a carência passa de 60 meses em 1991/92, aumentando seis meses a

cada ano, para 180 meses a partir de 20/12/92. Aqui se observa uma diferença com relação ao Grupo de TRabalho de 1986, que especificava uma carência também de 180 meses apenas para a aposentadoria por tempo de serviço, aumentando paulatinamente a carência para a aposentadoria por idade. Não especificava carência para o abono por tempo de serviço.

A extensão dos benefícios é prevista para todos os contribuintes do sistema, com exceção do salário família, que não se aplica ao trabalhador doméstico e ao segurado trabalhador avulso. A este benefício passa a ter direito o aposentado por invalidez ou por idade.

Conforme o previsto na Constituição, a pensão passa a ser concedida também ao homem em caso de morte da esposa segurada. O valor da pensão para o cônjuge de segurado falecido aumenta de 50% para 80% do salário de contribuição.

Em situações de cessação de direito por parte de um beneficiário, como um filho que atinge a maioridade, sua parte no benefício será transferida para os demais dependentes.

Estão previstas ainda as seguintes modificações com base no novo Plano de Benefícios:

- introdução da aposentadoria proporcional para a mulher;

- redução do valor da aposentadoria proporcional do homem de 80 para 70% do salário de benefício. Além disso, o abono de permanência em serviço só passa a ser concedido depois de 35 anos de serviço (era de 30 anos anteriormente), passando seu valor de 20 para 25%;

- introdução de seletividade para o auxílio-funeral, auxílio-natalidade e salário família (ver critérios);

- redução da idade para o homem trabalhador rural de 65 para 60 anos na concessão da aposentadoria por velhice; para a mulher trabalhadora rural foi introduzida esta aposentadoria (conforme a Constituição) aos 55 anos.

- fica vedado o acúmulo de aposentadoria, salvo quando há direito adquirido;

- criação de uma espécie de "reserva de mercado" para os deficientes e os trabalhadores reabilitados. A empresa com até 200 empregados deve preencher, com esses trabalhadores, 2% dos seus postos; as com 201 a 500 empregados, 3%; as com 501 a 1.000, 4%; e as com mais de 1.000 empregados, 5%.

- ampliação do prazo de manutenção do segurado de 12 para 24 meses, caso ele tenha pago 120 contribuições consecutivas para a PrevidÊncia;

- ampliação do prazo de manutenção do segurado em 12 meses para o desempregado ou de 24, se tiver pago ao sistema 120 contribuições mensais consecutivas. É necessário que sua situação de desempregado esteja registrada em órgão próprio do MTPS.

No que diz respeito ao valor dos benefícios, fica definido um piso não inferior a um salário mínimo (o que estava previsto na Constituição), e um valor máximo igual ao teto sobre o qual o segurado pode contribuir - equivalente a 10 salários mínimos.

Ainda com relação a valores, é prevista a implantação uma nova forma de cálculo para a aposentadoria, que passa a ser com base na contribuição dos últimos 36 meses, todas elas com seu valor corrigido. Também estão previstos aumentos dos valores iniciais e máximos para o auxílio-

doença, auxílio-reclusão, aposentadoria por invalidez e aposentadoria especial; e aumento do máximo do benefício para as aposentadorias por idade e tempo de serviço.

Para o cálculo da renda mensal dos benefícios de prestação continuada do segurado empregado e do trabalhador avulso, passam a ser computados os salários de contribuição referentes aos meses de contribuições devidas e não recolhidas pela empresa. Àqueles segurados, empregado, trabalhador avulso e empregado doméstico, que não possam comprovar o valor de seus salários de contribuição, mas que tenham cumprido todas as condições para a concessão do benefício pleiteado, será concedido o seu valor mínimo.

Do ponto de vista do pagamento por parte do govêrno dos valores previstos neste Plano, ficou definida a retroatividade para 5 de abril de 1992 da vigência dos novos cálculos e valores dos benefícios de prestação continuada. O saldo positivo em relação aos valores anteriores deverá ser pago em até 24 parcelas mensais reajustadas da mesma forma que os benefícios. Aqueles benefícios concedidos entre 5 de outubro de 1988 e 5 de abril de 1991 terão sua renda mensal recalculada até 1o. de junho de 1992, ficando no entanto vedado o pagamento de eventuais diferenças entre o valor recalculado e o valor pago no período em questão. A Lei prevê, ainda, a incorporação, a partir de 1o. de setembro de 1991, do abono concedido aos segurados. Este dispositivo, de acordo com o cálculo de técnicos do INSS, resultaria em um aumento de despesa com benefícios da ordem de 50% em 1993.

No **Brasil**, a partir da nova Lei de Benefícios de 1991, a renda mensal do benefício de prestação continuada, que substitui o salário-de-contribuição ou o rendimento do trabalho do segurado, não pode ser inferior ao salário mínimo, entendido este como a remuneração mínima devida ao trabalhador na ativa. Fica suprimido o limite de 95% do salário-de-benefício para as aposentadorias por velhice, tempo de serviço e especiais. Ainda com relação à aposentadoria, está prevista uma nova forma de cálculo para a mesma, que passa a ser com base na contribuição dos últimos 36 meses, todas elas com seu valor corrigido. Também estão previstos aumentos dos valores iniciais e máximos para as aposentadorias por invalidez e especial; e aumento do máximo do benefício para as aposentadorias por idade e tempo de serviço.

Com relação às **normas de reajuste de benefícios**, houveram modificações recentes com relação à Lei 8.213/91. Esta última previa que os valores dos benefícios seriam reajustados com base na variação integral do INPC, calculado pelo IBGE, nas mesmas épocas em que o salário-mínimo fosse alterado , pelo índice da cesta básica ou substituto eventual. Além disso a Lei prevê que nenhum benefício reajustado pode exceder o limite máximo do salário-de-benefício na data de reajustamento, respeitados os direitos adquiridos. A Lei no. 8.542 de 23 de dezembro de 1992 determinou a substituição do INPC pelo Índice para Reajuste do Salário Mínimo. Esta Lei determina que a partir de maio de 1993 serão concedidos aos benefícios de prestação continuada da PrevidÊncia Social reajuste quadrimestral pela variação acumulada do IRSM, sempre nos meses de janeiro, maio e setembro; e que a partir da referência janeiro de 1993 o IRSM substitui o INPC para todos os fins previstos nas LEIS 8812 e 8813 de julho de 1991.

O Conselho Nacional de Seguridade Social (CNSS) possui a atribuição legal de propor um reajuste extraordinário para recompor o valor dos benefícios, na hipótese de se constatar perda de poder aquisitivo, sendo feita igual recomposição das faixas e limites fixados para os salários-de-contribuição.

Propostas de reforma da Previdência Social Brasileira

Em janeiro de 1992 foi criada a Comissão Especial para Estudo do Sistema Previdenciário, com o objetivo de promover "um amplo estudo do sistema previdenciário brasileiro, tanto no tocante à suja estrutura quanto ao seu regime de custeio e de benefícios e propor soluções cabíveis para o seu regular funcionamento e cumprimento de sua destinação social e institucionala" (Anexo 1,ato da Mesa Diretora da Câmara de Deputados).

Em seu relatório final, a Comissão reconhece que "sem reformas estruturais, logo a Previdência sentirá os efeitos corrosivos de benefícios sem cobertura assegurada ou de fontes de financiamento esgotadas."

Entre as recomendações para a reforma da Previdência Social a Comissão aponta a utilização dos recursos da contribuição sobre salários apenas para pensões e aposentadorias. Situando o problema atual no fato de que os recursos que deveriam ser destinados às pensões e aposentadorias financiam atividades que, "dado o seu caráter universal e não contributivo, tem que ser assumidas por toda a sociedade, através do orçamento fiscal", a Comissão separa a previdÊncia social com caráter contributivo, que deveria ser financiada pela folha de salários, constituindo um fundo à parte, destinado exclusivamente ao pagamento de pensões e de aposentadorias. Para tanto, a Lei de Custeio da Previdência Social deveria ser alterada.

Considera também indispensável que a Assistência Social passe a ser considerada como atividades que, "independentemente de contribuição por parte dos cidadadãos, são asseguradas em casos de carência extrema e subordinadas a rigorosos critérios de seletividade, como os auxílio funeral e maternidade, as rendas mensais vitalícias para idosos, a proteção a portadores de deficiência sem condições de sustento", que continuam aguardando a regulamentação dos dispositivos constitucionais.

Outra recomendação diz respeito à extinção do FINSOCIAL e da Contribuição sobre o Lucro; com redução das contribuições dos empresários sobre a folha de salários.

A Comissão conclui que a fonte para o financiamento das atividades de saúde e assistência social, no novo sistema, não pode ser a contribuição sobre o faturamento das empresas, inflacionário, sonegável, regressivo, contestado jurídicamente; já que ele não atenderia às necessidades de uma contribuição com base mais ampla para cobrança.

O grupo de trabalho que examinou a questão do financiamento propôs a criação da Contribuição sobre Transações Financeiras. Alternativamente, a Comissão recebeu duas outras propostas a serem examinadas e definidas no conjunto da reforma tributária atualmente em estudos: responsabilizar o orçamento fiscal pela cobertura dos gastos públicos federais com saúde e assistência social; ou, transferir definitivamente as atividades de saúde e assistência social para os municípios e estados, com a consequente criação de fonte própria de receita para esse fim, já em âmbito estadual

e/ou municipal, cabendo à União apenas a constituição de um fundo para atendimento das regiões mais carentes do país. No entanto o próprio relatório aponta para duas dificuldades na implementação desta última proposta: a superposição com um fundo federal de equalização, diante das disparidades regionais; e no caso específico da saúde, a necessidade de recursos tecnológicos, humanos e materiais concentrados regionalmente para atendimento das ocorrências mais complexas.

Outra proposta de reforma que consta do relatório é a criação de um sistema complementar de previdência, público e privado. A Comissão aqui afirma a necessidade de se estimular a existência simultânea de um "sistema público, social e básico",e de um "sistema complementar -público e privado- à disposição dos que queiram e possam realizar poupança para pensões e aposentadorias adicionais.

Para tanto, recomenda que o Governo encaminhe ao Congresso a nova regulamentação do sistema complementar de previdência, com a criação da previdência pública e a adoção de todas as medidas já em estudo que viabilizem e estimulem a previdência complementar privada, aberta e fechada.

Outra recomendação é a manutenção do limite de dez salários mínimos para contribuições e benefícios da Previdência Social. Não aceitando a sugestão da redução do limite de contribuição, nem a "pressão fiscalista" para que, limitados os benefícios, fosse ilimitada a contribuição, com o que ganharia significativamente a receita da Previdência. Além de haver um forte mecanismo redistributivo no sistema; a Comissão optou pela manutenção dos atuais níveis para contribuições e benefícios -dez salários mínimos- até que "cresça em valores reais o salário mínimo, e possa ser feita a reavaliação periódica da decisão".

A Comissão recomenda o fim do subsídio da Previdência Social ao sistema governamental de pensões e aposentadorias dos servidores civis e militares.

Outras recomendações dizem respeito à: fim da acumulação de aposentadorias e outras vantagens especiais; revisão do instituto da aposentadoria por tempo de serviço, aqui recomendando a exigência de idade mínima, cumulativamente ao número de contribuições; a redefinição das aposentadorias especiais; a maior seletividade na concessão de benefícios; a adoção de procedimentos mais "rígidos" na concessão de aposentadoria por invalidez; uma profunda "revisão" do sistema de benefícios decorrentes de acidentes de trabalho; a criação do cadastro nacional do trabalhador; a municipalização da Assistência Social; e a descentralização imediata de recursos para a saúde.

NOTAS

(1) ver CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL, promulgada em 5 de outubro de 1988, título VIII, DA ORDEM SOCIAL; Capítulo I, DA SEGURIDADE SOCIAL, SEÇÃO I,Disposições Gerais (Arts. 194 e 195).
(2) ver Lei Orgânica da Seguridade Social, no.8.211 de 24.07.91, art.11, parágrafo único.
(3) ibid., artigos 16 e 19.
(4) ver CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL, promulgada em 5 de outubro de 1988, título VIII, DA ORDEM SOCIAL; Capítulo I, DA SEGURIDADE SOCIAL, SEÇÃO II, Da Saúde (Arts.196 a 200).
(5) ver também a esse respeito a intervenção de Solon M.Vianna in "1o. Encontro Nacional de Economia da Saúde", ABrES-Associação Brasileira de Economia da Saúde, SP, 1994, p.40.
(6) Ibid.p.47.
(7) ver Carvalho,G.I. e Santos,L., "Sistema Único de Saúde. Comentários à Lei Orgânica de Saúde (Lei 8.080/90 e Lei 8.142/90), Ed.Hucitec, SP,1992.
(8) O Ato das Disposições Transitórias definia que, enquanto não fosse regulamentada a lei de custeio da Seguridade Social, pelo menos 30% do total dos recursos deveriam ser destinados para a saúde.
(9) Ver a esse respeito, Associação Brasileira de Economia e Saúde - ABrES, 1o. Encontro Nacional de Economia da Saúde, Anais, exposição de Sérgio F. Piola no Painel "Financiamento e Revisão Constitucional", São Paulo, 1994.
(10) ibid. p. 37.
(11) ver propostas do CONASS na apresentação de Ricardo F. Scotti, in ibid. p. 32.
(12) ver exposição de Edmilson Leão, representante do CONASEMS, in ibid. p. 81.
(13) ver Caderno de Emendas no.2 ao Projeto de Programa de Governo do PT (Partido dos Trabalhadores), p.86 e 87, mimeo, 1994.
(14) ver Revista "Saúde em Debate", do CEBES, no.43, junho/94, p.27.
(15) ibid. p.33.
(16) ibid. p. 35
(17) ibid. p. 29
(18) ver "Revisão Constitucional, Quadro comparativo-Seguridade Social", elaborado pelo Congresso Nacional, mimeo, 1994.
(19) Independentemente da redução do volume de recursos alocados pela esfera federal, e mesmo estadual, vários municípios aumentaram a participação do gasto com saúde em seu orçamento nos últimos anos.
(20) Ver PIOLA, S. e VIANNA, S. nas contribuições acerca do tema "Financiamento da Saúde e Revisão Constitucional" in Anais do 1º. Encontro Nacional de Economia da Saúde, SP, 1994.
(21) artigo 203 da Carta Constitucional.
(22) IESP/FUNDAP. Relatório 1988. Economia do Setor Público. Área de Política Social. vol.2, São Paulo, novembro/1989.
(1) ver NEEP/UNICAMP, Brasil 1985. Relatorio sobre a situação social do país, Campinas, 1987.
(24) Decreto N.103 - de 22 de abril de 1991: autoriza a instituição do **Fundo de Desenvolvimento Social - FDS**, e dá outras providências; Lei N. 8.212 de julho de 1991: dispõe sobre a organização da Seguridade Social, institui Plano de Custeio, e dá outras providências; Decreto N.752 - de 16 de fevereiro de 1993: dispõe sobre a concessão do Certificado de Entidade de Fins Filantrópicos, a que se refere o artigo 55, inciso II, da Lei n. 8.212 de 24 de julho de 1991, e dá outras providências; Portaria n.281 de 2 de abril de 1993, do Ministério do Bem-Estar Social (assinado por Jutahy Magalhães Júnior): resolve transferir para a FLBA todas as atividades relacionadas com pedidos de concessão de Certificado de Entidade de Fins Filantrópicos, dirigidos ao Conselho Nacional de Serviço Social; Decreto N.984 de 12 de novembro de 1993: suspende o repasse e o pagamento de subvenções sociais e determina o recadastramento das entidades; Lei N.8.742 de 7 de dezembro de 1993: dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências (Lei Orgânica da Assistência Social - LOAS); Decreto N.1.097 de 23 de março de 1994: dispõe sobre providências relativas às entidades de fins filantrópicos (assinado por Itamar Franco, Presidente da República; Sergio Cutolo dos Santos, Ministro da Previdência; e Leonor Barreto, Franco, presidente da LBA); Medida Provisória N.453 de 23 de março de 1994: estabelece normas de caráter emergencial, para a prestação de serviços pro entidades filantrópicas; Medida Provisória N.476 de 20 de abril de 1994:

estabelece normas, de caráter emergencial, para a prestação de serviços por entidades de fins filantrópicos; Resoluções do CNSS - de 10/10/1991 a 16/12/1993: as resoluções de 1991 dizem respeito ao Fundo de Desenvolvimento Social - FDS; as de 93, em sua maioria, são sobre registro de entidades sociais e/ou de fins filantrópicos; Lei Orgânica da Seguridade Social: A Lei N.8.212, de julho de 1991, dispõe sobre a organização da Seguridade Social, institui Plano de Custeio, e dá outras providências.

CAPÍTULO II: CONT.

8 - Políticas e Programas de combate à pobreza

8.1 - O Programa de Combate à Fome e à Miséria

8.2 - O Programa de Renda Mínima

8.3 - Os benefícios assistenciais

8.1 - O Programa de Combate à Fome e à Miséria

Como foi visto na avaliação dos programas de Alimentação e Nutrição, a área do atendimento alimentar, considerada prioritária em períodos anteriores, foi, entre outras, práticamente extinta no Governo Collor ([1]). No governo Itamar, a partir do início de 1993, essa área renasce, sob outro enfoque, no contexto de intensa mobilização social. No entanto, a contrapartida governamental a essa mobilização, apesar da montagem institucional de estruturas colegiadas com ampla participação da sociedade (como o CONSEA-Conselho Nacional de Segurança Alimentar), foi insuficiente, particularmente do ponto de vista dos recursos financeiros e materiais mobilizados pelo governo federal.

Diante de um quadro onde todos os programas de alimentação e nutrição estavam desativados, onde a distribuição da merenda escolar estava restrita a apenas 38 dias durante o ano de 1992; onde a cobertura do PAT representava apenas 10% do seu potencial de atendimento ([2]); e onde os estoques governamentais de alimentos se deterioravam, várias iniciativas começaram a surgir contra esse estado de coisas. A Frente dos Prefeitos reivindicou, em encontro em Brasília em novembro de 1992 o apoio do governo federal para programas de geração de emprego, descentralização da merenda escolar e a transferência de parte dos estoques públicos de alimentos para os municípios, para serem distribuídos às populações carentes ([3]).

Por outro lado, o PT - Partido dos Trabalhadores apresentou ao Presidente da República, em fevereiro de 1993, um documento contendo propostas para uma política de segurança alimentar e criação de um Conselho Nacional de Segurança Alimentar. Esta última proposta foi acolhida, sendo entregue ao sociólogo Herbert de Souza (o Betinho) a liderança desse Conselho. O papel de assessoramento técnico de todo esse processo coube ao IPEA-Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, o qual elaborou o "Mapa da Fome: subsídios à formulação de uma Política de Segurança Alimentar" ([4]).

Ao tomar conhecimento deste último trabalho, que denunciava a existência de 32 milhões de indigentes, o Presidente da República declarou o país em estado de calamidade social, solicitando a todos os ministros que apresentassem programas específicos para o combate à fome, e criou uma Comissão para elaboração de um Plano. No **Plano de Combate à Fome e à Miséria**, que enfatizava a importância da retomada do crescimento econômico, foram destacadas as ações prioritárias dos diferentes órgãos governamentais, a partir dos seguintes critérios ([5]):

- impacto no curto prazo sobre a geração de emprego;
- melhoria do poder aquisitivo da população;

- estímulo à produção de alimentos e o apoio aos agricultores de baixa renda;
- ampliação do acesso aos alimentos através de programas alimentares;
- mobilização da sociedade civil; e
- implementação de ações ou programas voltados para dar suporte e grantir a complementaridade aos programas prioritários.

As ações propostas agrupavam-se em cinco grandes áreas: Política Econômica; Políticas de geração de emprego e renda; Políticas agrícolas e agrárias; Programas de Alimentação; e Programas complementares ([6]).

Na área de Política Econômica destacou-se a "retomada do desenvolvimento, através do investimento em setores que apresentam maiores impactos sobre as populações de baixa renda, ou seja, aqueles intensivos em emprego e/ou produtores de bens essenciais de consumo" ([7]).

Nos Programas de geração de emprego e elevação da renda foram destacados o financiamento de bancos oficiais para aqueles setores com maior potencial de absorção de mão-de-obra; incentivo a empreendimentos associativos auto-gestados, frentes de trabalho nas áreas rurais e urbanas, programas de construção civil, obras de saneamento, recuperação de rodovias; e ampliação do seguro-desemprego e do abono salarial ([8]).

Na área de agricultura foram apresentadas as seguintes propostas: crédito especial para custeio e comercialização dos alimentos básicos e para a reforma agrária, programas de assentamentos rurais, projetos de irrigação, incremento da capacidade de armazanagem nas zonas produtoras, a utilização de estoques de alimentos para regulação de preços e o suprimento dos programas governamentais de alimentação ([9]).

Com relação aos programas federais de distribuição e/ou subsídios de alimentos foram incluídas a descentralização do Programa de Alimentação Escolar-PAE; a revisão e ampliação do Programa de Alimentação do Trabalhador-PAT; a criação de um Programa de Atendimento às Crianças Desnutridas; e a ampliação dos Programas de Abastecimento em Bolsões de Pobreza (Rede Somar, "Marca Própria", Sacolão, etc.). É neste grupo de programas relacionados à área de Alimentação e Nutrição onde fica evidente a não inovação no sentido de criar novos projetos. A própria "criação" do Programa de Atendimento às Crianças Desnutridas nada mais é do que a versão reduzida (na medida em que atende apenas às crianças desnutridas diagnosticadas pelo médico na Unidade de Saúde) dos antigos Programas de Suplementação Alimentar que distribuiam alimentos e leite para **todas** as crianças (de 0 a 36 meses), gestantes e nutrizes matriculadas no Posto de Saúde e nos Postos e Creches da LBA.

Finalmente foram elencadas ações complementares no âmbito dos demais Ministérios, como por ex. o desenvolvimento de ações destinadas à mobilização e conscientização da sociedade por parte do Ministério das Comunicações, a captação de recursos externos por parte do Ministério das Relações Exteriores, o apoio a pesquisas voltadas para a gestão dos recursos hídricos no Nordeste e a utilização de tecnologias apropriadas à produção de alimentos em pequenas comunidades por parte do Ministério da Ciência e Tecnologia, entre outros ([10]).

Como afirma o próprio relatório, a inovação nesses programas estaria "na implementação simultânea e articulada das ações governamentais para ampliar o seu impacto, na descentralização da execução e na parceria entre o governo e a sociedade civil" ([11]).

O órgão máximo da estrutura organizacional concebida pelo Plano é o CONSEA-Conselho Nacional de Segurança Alimentar ([12]), ao qual cabe "traçar as diretrizes no combate à fome, conceber as estratégias apropriadas para a sua execução e mobilizar os recursos necessários para o atendimento dos objetivos pretendidos". À SEPLAN foi atribuída a responsabilidade pela coordenação das ações do governo e pelo apoio técnico e administratativo ao CONSEA, o que é feito através da Coordenação de Política Social - CPS do IPEA ([13]).

Reconhecendo e advertindo sobre o estado de "desmantelamento" em que se encontrava (e ainda se encontra, a nosso ver) o governo federal, o que impediu a articulação entre as ações previstas no Plano, O CONSEA procurou dirigir todos os esforços para um elenco bem menor de programas, sob o critério de que fossem capazes de atender de forma imediata o problema da fome. Foram esses: o atendimento às crianças desnutridas e gestantes de risco nutricional; o fortalecimento e a descentralização da merenda escolar; a revisão do PAT-Programa de Alimentação do Trabalhador; a retomada do Programa de Assentamento Rural (paralisado desde 1988); e, em caráter emergencial, a distribuição de alimentos às famílias atingidas pelo flagelo da sêca do Nordeste ([14]).

No balanço feito pelo IPEA das atividades realizadas no âmbito desses cinco programas considerados prioritários, se ressalta que a atuação governamental no "combate à pobreza" estendeu-se a outros órgãos da administração federal. Aqui inclui-se o Ministério da Previdência Social no pagamento "em dia" e em valores "corrigidos" a mais de 14,3 milhões de beneficiários, com uma valor médio mensal de US$ 102,19 por benefício, incluindo aposentadorias e pensões; ressaltando-se ainda que do total de benefícios, 2,5 milhões (17,5%) foram concedidos nos último doze meses ([15]).

Embora se reconheça a evidente e enorme importância social do Programa de Benefícios da Previdência Social, é preciso lembrar que: o pagamento em dia e com valores corrigidos dizem respeito à uma antiga dívida da Previdência com os aposentados, representando apenas uma atualização diante do quadro de alta inflação; o valor médio dos benefícios, incluindo aposentadorias e pensões, é reduzido, considerando-se o desempenho ao longo da última década e a enorme regressividade na distribuição desses mesmos benefícios, sobretudo nas aposentadorias (cujos maiores valores estão concentrados nos beneficiários de mais alta renda) e naqueles benefícios cujo caráter deveria ser mais seletivo no atendimento à população de mais baixa renda (como os Auxílios, a Renda Mensal Vitalícia e o Salário Família), cujos baixíssimos valores (extremamente reduzidos ao longo da década) não atendem à um mínimo de cobertura dos riscos a que se propõe ([16]).

Continuando o balanço do IPEA, foi citado também o Ministério do Bem-Estar Social-MBES, que "buscou ganhos de eficiência e conferiu maior transparência à alocação dos recursos públicos". No entanto, também é citado que o financiamento dos programas de habitação (adscritos a esse Ministério pelo governo Collor) foi prejudicado pelo adiamento para 1994 da vigência do IPMF, com o que o cumprimento das metas se reduziu a menos de 10%. Por outro lado, na área de saneamento (também incorporada ao na época Ministério da Ação Social por Collor) foram

reativados os programas financiados com recursos externos que se encontravam paralisados. Através do Programa de Ação Social e Saneamento -PROSEGE, foram feitos 128 convênios, no valor de US$ 298,86 milhões, beneficiando a uma população de 2,37 milhões de pessoas, superando a meta prevista ([17]).

Ainda no âmbito do Ministério do Bem-Estar Social, já na área específica de Assistência Social, foram destacados dois fatos. O primeiro diz respeito à promulgação da LOAS-Lei Orgânica da Assistência Social, após longo período de espera e amplo processo de debate. O segundo foi a implantação do Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente-CONANDA (previsto desde 1990 pelo Estatuto da Criança e do Adolescente) e a instalação de 2.300 Conselhos de Direitos Tutelares com o apoio do CBIA-Centro Brasileiro para a Infância e Adolescência.

Por fim, no âmbito do Ministério da Ciência e Tecnologia, foram apoiadas pesquisas cujos temas se relacionavam com o combate à fome e à miséria.

Entendendo a urgência em implementar alternativas de curto prazo que minimizassem o problema da desnutrição infantil, o CONSEA elegeu o **Programa de Atendimento aos Desnutridos e às Gestantes em Risco Nutricional** (denominado **"Leite é Saúde"**) como uma das prioridades do Plano. Por outro lado, já vinham ocorrendo pressões de entidades comunitárias, e do setor leiteiro, sobre a Presidência da República no sentido de que houvesse um retorno do Programa do Leite para Crianças Carentes - o PNLCC ([18]).

O novo programa, instituído pelo Ministério da Saúde em julho de 1993, se diferenciava dos anteriores pelas seguintes características: a clientela (crianças menores de 2 anos e seus irmãos de até cinco anos, bem como as gestantes) não era mais selecionada pelo critério de renda e sim pelo risco nutricional avaliado em uma unidade de saúde; a execução do Programa fica totalmente a cargo dos Municípios, inclusive da compra do leite, com recursos repassados pelo Ministério da Saúde às Prefeituras em função do número de beneficiários ([19]); esse repasse só é feito com o Conselho Municipal de Saúde de cada município funcionando, o que é considerado como um estímulo ao funcionamento do SUS-Sistema Unificado de Saúde; foi constituída uma Comissão Executiva Intersetorial no Ministério da Saúde; e os Estados (Unidades Federadas) foram colocados na condição de supervisor e interveniente entre o Ministério e as Prefeituras.

Toda essa estratégia, evidentemente correta do ponto de vista da implantação de um programa de combate à desnutrição, é insuficiente, a nosso ver, numa perspectiva mais ampla de combate à fome e inclusive na **prevenção primária** da desnutrição. Os problemas levantados de clientelismos e desvios no antigo PNLCC não são, por um lado, justificativas suficientes para reduzir a clientela de um programa desse tipo; e, por outro lado, tampouco há garantias de que esses problemas sejam superados com o funcionamento dos Conselhos Municipais de Saúde, já que no Programa anterior (PNLCC) também havia participação ativa da comunidade organizada. Por outro lado, a vinculação da distribuição do leite ao diagnóstico médico feito numa unidade de saúde também se constitui num fator limitante da demanda na medida em que deixa de fora uma vasta clientela carente que não tem acesso a serviços de saúde, clientela essa cujo risco potencial de desnutrição é altíssimo.

O novo programa "Leite é Saúde" deverá ser implantado gradualmente atingindo 100% de sua meta - 2,7 milhões de crianças desnutridas de 6 a 24 meses; 5,4 milhões de contatos menores de 5 anos; e 2,1 milhões de gestantes de risco nutricional - em 1995. O custo total estimado é de cerca de US$ 1 bilhão/ano. No entanto, em 1993, o Programa dispôs apenas de US$ 36 milhões, sendo destacado o papel do CONSEA na viabilização desses recursos face aos cortes substanciais nos gastos do governo federal ([20]).

Até o final de 1993 cerca de 500 prefeituras haviam aderido ao Programa, sendo que menos da metade, no entanto, preenchiam os requisitos (Conselho Municipal de Saúde funcionando; Fundo Municipal de Saúde ou conta especial no Banco do Brasil do SISVAN; e **nenhum débito com a União**) para receber os recursos do Ministério da Saúde. Nos últimos três meses de 1993 foram assinados 123 convênios num valor total de aproximadamente US$ 30 milhões para a União, o correspondente ao atendimento de 595 mil beneficiários até fevereiro de 1994 ([21]).

Foram estabelecidas as seguintes metas para 1994 (variáveis segundo o número de municípios que irá aderir ao Programa): uma cobertura de 6,9 milhões de usuários (1,9 de crianças desnutridas; 1,5 de gestantes sob risco nutricional; e 3,5 de contatos), com um custo total estimado em US$ 586 milhões. Apesar dos esforços do CONSEA e do Ministério da Saúde, o programado para o Orçamento da União para 1994 ([22]) previa um montante equivalente a US$ 350 milhões, apenas 60% do estimado para o cumprimento satisfatório das metas ([23]).

Outra prioridade do Plano de Combate à fome e à miséria foi o Programa de Descentralização da Allimentação Escolar, cujo objetivo é o de descentralizar progressivamente e por adesão o atendimento a todas as crianças da rede de ensino fundamental (municipal e estadual) e escolas filantrópicas. A meta prevista é distribuir, através dos Município e durante 200 dias letivos, uma merenda a 30,6 milhões de crianças, com uma estimativa de que, para cobrir 15% das necessidades nutricionais diárias de um escolar, são necessários US$ 0,13, perfazendo um total de US$ 795 milhões para o Programa ([24]).

No ano de 1993 o Programa dispôs, mais uma vez graças ao empenho do CONSEA, de US$ 770 milhões, garantindo a quase totalidade dos recursos necesários, apesar do ajuste do Orçamento feito em julho desse ano. A municipalização teve início de fato no segundo semestre, com quase todos os Municípios de Capitais habilitados, a exceção de Belém, Fortaleza e Rio de Janeiro. Dos 565 municípios acima de 50 mil habitantes, 368 (65%) aderiram, tendo se habilitado de fato apenas 283 (50%). Dessa forma, em 1993 pouco mais de 20% da merenda foi municipalizada, com 6,6 milhões de crianças cobertas pela merenda escolar diretamente das Prefeituras. Com isso, as metas foram atingidas apenas parcialmente ([25]).

Apesar de terem sido alocados recursos suficientes, o não cumprimento das metas é explicado pelos seguintes fatores: o Programa só foi complementado financeiramente no segundo semestre, com o que a FAE restringiu o atendimento, nos primeiros seis meses, à metade do necessário; os recursos não foram corrigidos monetariamente, enquanto que a base de cálculo para o repasse dos mesmos aos Estados e Municípios era atualizado mensalmente pelo valor da inflação; houveram dificuldades dos estados e municípios no cumprimento dos cronogramas estabelecidos nos convênios para a prestação de contas, o que atrasou o repasse por parte da FAE ([26]).

As metas de atendimento para 1994 devem ser as mesmas das de 1993, na medida em que o Programa já está universalizado. Em princípio, todos os Municípios que aderiram à descentralização deverão estar executando de forma autônoma seu programa. Já a programação do Orçamento da

União para 1994 está prevendo recursos no valor de aproximadamente US$ 700 milhões, o equivalente a 88% do necessário para cumprir as metas do Programa.

Com relação ao PAT-Programa de Alimentação do Trabalhador, este voltou a ter alguma relevância no Ministério do Trabalho a partir da sua inclusão no Plano de combate à fome e à miséria em 1993. Em 1992, com a participação de 38 mil empresas (10% do total potencial), cobrindo 7,5 milhões de trabalhadores, apenas 33% do total dos trabalhadores do setor formal da economia foram beneficiários do Programa. Durante 1993, foi estabelecida a meta de que, até o final do ano, participassem no mínimo 45 mil empresas, o equivalente a um crescimento de 15% (acima da média histórica de crescimento anual do Programa, que é de 10%). No entanto, o resultado ao final do ano foi o de repetir os 10% de crescimento, atingindo a cerca de 41 mil empresas ([27]).

Com relação ao atendimento prioritário para os trabalhadores de baixa renda, o relatório do IPEA ([28]) salienta que cerca de 77% dos beneficiados pelo PAT encontram-se na faixa de até seis salários mínimos. Aqui cabem duas observações. A primeira é a de que seis salários mínimos é uma faixa de rendimentos acima do que se considera "baixa renda". Segundo as informações obtidas nesta tese ([29]) o PAT é regressivo não apenas do ponto de vista de sua cobertura como também sob a ótica do gasto: 2/3 dos recursos desse programa são gastos com menos de 1/3 da clientela. Evidentemente, como também constata o relatório do IPEA, para os trabalhadores que efetivamente ganham pouco, o PAT significa uma complementação de renda importante: cerca de 50% para um trabalhador que recebe um salário mínimo ([30]).

O PRODEA-Programa de Distribuição Emergencial de Alimentos, como o próprio nome indica, tem por objetivo atender de forma emergencial a população atingida pela seca do Nordeste. Para sua gestão, foi criada uma Comissão Nacional Executiva coordenada pela CONAB e integrada por representantes do Ministério da Agricultura, Abastecimento e Reforma Agrária, do Ministério da Integração Regional, do Ministério do Exército, do Ministério da Fazenda, do Banco do Brasil e por dois membros da Ação da Cidadania indicados pelo CONSEA. Junto ao Gabinete da Superintendência da SUDENE foi criada uma comissão de Coordenação Regional integrada por representantes da CONAB, da Defesa Civil, do Ministério do Exército, da CONTAG e da Ação da Cidadania, com a atribuição de acompanhar e suepervisionar as operações do Programa ([31]).

A previsão inicial era de distribuir mensalmente 1,5 milhão de cestas durante quatro meses consecutivos, em 1.155 municípios em situaçào de calamidade pública, atendendo a totalidade das famílias cadastradas no Programa Frentes Produtivas de Trabalho. Por determinação da Presidência da República, em função da expansão das áreas atingidas pela seca, o número de municípios foi ampliado para 1.162, atendendo a 2.050 mil famílias cadastradas. Cada uma dessas famílias adquiriu o direito de receber 25 Kg. de alimentos *in natura*. O PRODEA foi orçado em Cr$ 5,4 bilhões (o equivalente em setembro de 1993 a US$ 50 milhões). Com os atrasos na liberação de recursos pela Secretaria do Tesouro Nacional e no início da sua implementação, o Programa atrasou seu cronograma em pelo menos três meses ([32]).

Dados seus objetivos, as ações do Plano de Combate à Fome e à Miséria têm forte incidência sobre o meio rural, sendo a Reforma Agrária uma de suas prioridades, através do Programa de Assentamento dos Trabalhadores Rurais.

Entre 1990 e 1992 o programa da reforma agrária esteve praticamente paralisado. Não houve prioridade política na sua realização, bem como as determinações constitucionais não foram regulamentadas. No início de 1993, foi aprovada e sancionada a Lei Agrária (Lei no.8.629 de 25.02.93) a qual, com os vetos reivindicados pelos trabalhadores rurais, permitia discriminar as terras improdutivas a serem objeto de desapropriação por interesse social. A partir de uma intensa pressão por parte da Ação da Cidadania, a Câmara dos Deputados encaminha para sanção presidencial a Lei do Rito Sumário para Desapropriação de Terras, publicada em julho de 93. Três dias após sua publicação foram reiniciadas as desapropriações: 54 propriedades foram declaradas de interesse social para a reforma agrária até dezembro de de 93, nas quais poderiam ter sido assentadas cerca de 8.450 famílias ([33]).

Com relação ao efetivo assentamento de famílias, ao final do exercício de 1993 o INCRA implantou mais de 50 projetos, com um total de 7 mil famílias. A partir da meta estipulada no Programa Emergencial de Reforma Agrária, a de assentar 20 mil famílias, verifica-se que foi realizado apenas 35% do previsto. Isto se deveu, segundo o relatório do IPEA, a uma série de razões basicamente de natureza técnico-administrativo-políticas. O relatório ressalta, por outro lado, a integral execução do orçamento de crédito para a reforma agrária, com o que foram atendidas perto de 75 mil famílias com financiamentos para produção e 11 mil famílias com crédito para implantação (alimentação, fomento e habitação), gerando - segundo o relatório - "produção e renda, elevação das condições de vida, estímulo da economia local e geração de impostos" ([34]).

Para 1994, as dotações consignadas no projeto de Lei do Orçamento da União para a Reforma Agrária correspondem a apenas 34,3% do montante suficiente para atingir a meta indicada no Programa Emergencial, qual seja o assentamento de 100 mil famílias e financiamento a 200 mil famílias, entre outras ([35]).

8.2 - O Programa de Renda Mínima

Em 1991 foi apresentado ao Senado, pelo Senador Eduardo Suplicy (PT-SP), um projeto de lei denominado **Programa de Garantia de Renda Mínima - PGRM**, o qual obteve a aprovação de todos os partidos dessa casa ([36]).

A proposta básica desse projeto é a de instituir uma renda mínima (sob a forma de imposto de renda negativo) para todas as pessoas residentes no país, maiores de vinte e cinco anos, que recebam rendimentos brutos mensais abaixo de um certo limite ([37]). Esse imposto de renda negativo consistiria na complementação dos rendimentos brutos do beneficiário em valor equivalente a 30% da diferença entre esses rendimentos e o limite estabelecido anteriormente. Com esta mecânica, pretende-se combater a idéia de que a renda mínima propiciaria a "desocupação", na medida em que a pessoa ocupada com uma renda abaixo do limite, ao ser complementada sempre ganharia mais do que um desocupado que não estivesse auferindo nenhuma renda.

Além da correção monetária, prevista à época duas vezes por ano ou quando a inflação acumulada atingisse 30% (valor condizente com as altas taxas de inflação então vigentes), o valor real do benefício sofreria um acréscimo, no mês de maio, igual ao crescimento real por habitante do PIB do ano anterior.

O PGRM seria implantado gradualmente, com as seguintes abrangências: em 1995, os maiores de sessenta anos; em 1996 os maiores de 55 anos; em 1997 os maiores de 50 anos; e assim sucessivamente até atingir, no ano de 2002, os maiores de vinte e cinco anos. Segundo as estimativas feitas pela assessoria do autor do Projeto, seriam beneficiados 38.932.695 pessoas com mais de 25 anos de idade com renda mensal inferior a 2 salários mínimos, dos quais 16.893.368 sem rendimentos; 3.418.287 com rendimentos até 1/2 SM; 7.832.550 de 1/2 a 1 SM; e 10.788.490 de 1 a 2 salários mínimos ([38]).

O ponto mais polêmico desse projeto é, evidentemente, o do seu custeio. Segundo a proposta original o PGRM seria custeado com dotação orçamentária específica, a ser consignada no Orçamento da União a partir do exercício financeiro de 1995. O dispêndio com o custeio do programa não poderia ultrapassar o limite de 3,5% do PIB (este seria o custo aproximado dos benefícios a serem pagos pelo Programa).

Outro ponto polêmico do projeto é o de que, a título de obtenção de recursos adicionais para o custeio, à medida em que o PGRM fosse sendo implementado, seriam "desativadas as entidades de política social compensatória, no valor igual ao seu financiamento" ([39]). Existe uma série de argumentos contra esse ponto. Em primeiro lugar, as políticas sociais compensatórias encontram-se hoje no Brasil num nível de **desativação** tal que torna-se impensável maior redução das mesmas. Os recursos disponíveis para essas políticas chegaram a um patamar crítico, com o que uma série de ações públicas essenciais na área social tem deixado de ser realizadas. Por outro lado, a renda mínima a ser outorgada não seria suficiente para que seus beneficiários, de baixíssima renda comprovada, tivessem acesso a outro tipo de serviço que não o público e gratuito. Os argumentos a favor garantem que os recursos sairiam do orçamento do Governo Federal de forma "compatível com as finanças públicas", garantindo os gastos "necessários", sobretudo para educação e saúde, substituindo gradativamente os programas "menos eficientes" ([40]).

Nesse sentido, qualquer proposta de concessão de uma Renda Mínima tem que estar acompanhada por uma garantia de implementação de políticas sociais essenciais (no mínimo dos mínimos, Educação e Saúde). Diante da magnitude e gravidade da nossa situação social é impensável imaginar que as populações carentes darão conta de suas necessidades básicas no "mercado", na medida em que estas necessidades não estão restritas, como pretendem os atuais programas focalizados, apenas à alimentação.

8.3 - Os benefícios assistenciais

Duas das propostas em pauta, derivadas de investigação acerca dos benefícios assistenciais previdenciários ([41]), são do NEPP/UNICAMP ([42]):

- a extensão da Renda Mensal Vitalícia para a totalidade dos idosos em condições de pobreza e indigência;

- o estabelecimento de uma política de atenção à família como substituta do Salário Família e Auxílio Natalidade. Esta política focalizaria exclusivamente os pobres e os indigentes das áreas urbanas e rurais.

Aqui são estimados os custos para cada uma dessas propostas. A Tabela abaixo apresenta as estimativas de gasto com um benefício assistencial seletivo para idosos - 60 anos ou mais ([43]) - em condições comprovadas de pobreza e indigência. Nessas condições existiriam 3,8 milhões de idosos, concentrados nas regiões Nordeste e Sudeste. Na hipótese de se conceder um benefício no **valor de 1(um) salário mínimo**, a **despesa mensal seria de 284 milhões de dólares**, o que totalizaria uma **despesa anual de 3,4 bilhões de dólares**, o equivalente a **0,8% do PIB** de 1992. Na segunda hipótese, de concessão de um benefício no **valor de 1/2 SM**, os custos se reduziriam à metade.

ESTIMATIVA DO GASTO MENSAL COM BENEFÍCIOS DE UM SALÁRIO MÍNIMO FOCALIZADO EM IDOSOS ABAIXO DA LINHA DE POBREZA

REGIÕES	No.Idosos Pobres c/ + de 60 anos	Despesa Prevista (US$ mil)	Despesa Atual (US$ mil)
NORTE/C.OESTE	368.533	27,519	
NORDESTE	1.851.784	138,276	
SUDESTE	1.082.382	80,823	
SUL	500.262	37,355	
BRASIL	3.802.961	283,974	66,814
Despesa Anual			
Em US$ bilhões		3,41	0,802
Em % do PIB		0,83%	0,20%

FONTE: No.de idosos cf.Pesquisa Nacional de Nutrição - PNSN, 1989; in NEPP/UNICAMP, 1993, p.90.
Nota: Despesa estimada em 1(um) salário mínimo, por domicílio, totalizado em US$ (SM e US$ pelo valor de mês de julho/93 - câmbio oficial BACEN).

A proposta de implantação de uma **política de suplementação da renda familiar** seria mediante a concessão de uma quantia equivalente a um, ou a meio, salário mínimo, por domicílio urbano onde residissem casais jovens com filhos ou mulheres jovens e chefes de família com filhos, todos abaixo da linha de pobreza. Na hipótese de conceder-se a essas famílias **1(um) salário mínimo**, se estima um **gasto anual** da ordem de **2,14 bilhões de dólares**, o que equivale a **0,5% do PIB** de 1992.

GASTO MENSAL COM BENEFÍCIO FOCALIZADO EM DOMICÍLIOS COM CRIANÇAS ABAIXO DA LINHA DE POBREZA

CATEGORIA DE DOMICÍLIOS	REGIÃO	NO.DOMICÍLIOS	DESPESA PREVISTA(1) 1 SM	1/2 SM
A-Dps.de casais	N/CO/NE	896.369	66,933	33,467
jovens(até 34 anos)	SE/SUL	1.149.895	85,865	42,932
com filhos	BRASIL	2.046.264	152,798	76,399
B-Dps.de mulheres	N/CO/NE	143.109	10,686	5.343
jovens chefes de	SE/SUL	208.596	15,576	7,788
família,sem cônjuge	BRASIL	351.705	26,262	13,131
e com filhos				
A + B	N/CO/NE	1.039.478	77,620	38,810
	SE/SUL	1.358.491	101,441	50,720
BRASIL		2.397.969	179,060	89,530

DESPESA ATUAL (BRASIL):
MENSAL em US$ mil: 9,131
ANUAL em US$ bi : 0,110
EM % do PIB : 0,03%

DESPESA ANUAL PREVISTA (BRASIL):
Em US$ bi : 2,14 1,07
Em % do PIB : 0,5% 0,3%

FONTE: No.de domicílios cf. Projeto FAMÍLIA E POBREZA, Convênio NEPP-IPEA, LOPES,J.B. (Coord.), 1992; in NEEP/UNICAMP, 1993, p.91.
(1) Despesa estimada por domicílio (nas hipóteses de 1 e 1/2 SM), totalizada em US$ (SM e US$ pelo valor do mês de julho/93 - câmbio oficial BACEN).

VALORES COMPARATIVOS:

TOTAL DE DOMICÍLIOS	(1989)	EM MIL	25.686,50
PIB ANUAL	(1992)	US$ BI	410,30
POPULAÇÃO PROJETADA	(1992)	EM MI	149,80
PIB PER CAPITA MES	(1992)	US$	228,28
SALÁRIO MÍNIMO	(JUL/93)	US$	74,67
RECEITA MENSAL DA PREVIDÊNCIA	(MAR/93)	US$ BI	1,99
DESPESA MENSAL C/BENEFÍCIOS	(MAR/93)	US$ BI	1,57
DESPESA MENSAL C/B.ASSISTENCIAIS	(MAR/93)	US$ MI	89,33
DESPESA MENSAL C/ALIM.E NUTRIÇÃO	(1992)	US$ MI	43,94
DESPESA MENSAL C/ASSIST.SOCIAL	(1992)	US$ MI	108,71

Outra alternativa de política de suplementação da renda familiar foi apresentada, ampliando a abrangência da cobertura, abandonando a focalização nos domicílios urbanos ([44]), e incluindo a totalidade de filhos para casais pobres e mulheres chefes de domicílio até 59 anos. Para essa simulação foram examinados os impactos do gasto em três situações:

- distribuição de 20% do SM para cada criança pobre na faixa de 0 a 9 anos de idade, o que implicaria num gasto anual de 2,07 bilhões de dólares, o equivalente a 0,5% do PIB, abrangendo 11,5 milhões de crianças;

- distribuição de 30% do SM para crianças pobres na mesma faixa etária, o que daria um gasto anual de 3,1 bilhões de dólares, equivalente a 0,8% do PIB;

- manter o percentual de 20% do SM e ampliar a faixa etária para 17 anos de idade, perfazendo uma despesa anual de 3,3 bilhões de dólares equivalente a 0,8% do PIB aproximadamente.

Finalmente, caso fosse escolhida a alternativa de não focalizar os segmentos acima e simplesmente conceder uma renda equivalente a um (ou meio) salário mínimo para todas as famílias comprovadamente indigentes, o impacto em termos de gasto seria superior ao das simulações anteriores. Verifica-se que esta alternativa, na hipótese de concessão de **1(um) salário mínimo**, implicaria numa despesa anual da ordem de **8,22 bilhões de dólares**, o equivalente a **2% do PIB**. Aqui seriam cobertas **9,2 milhões de famílias indigentes** em todo o país ([45]).

Esse gasto total estaria assim distribuído por **Região** e UF:

- a primeira região em termos de gasto seria o **Nordeste**, com 1,29 bilhões de dólares, dos quais mais da metade se concentraria na zona rural (758 milhões de dólares); as UFs que mais consumiriam esses recursos seriam a Bahia (com US$ 323 milhões), Ceará (com US$ 227 milhões) e Pernambuco (com US$ 174 milhões);

- a segunda região seria o **Sudeste**, com um gasto de 596 milhões de dólares (menos que os três estados nordestinos supracitados), o qual seria predominantemente consumido nas áreas urbanas; as UFs de maior despesa seriam Minas Gerais (US$ 259 milhões), São Paulo (US$ 159 milhões) e Rio de Janeiro (US$ 127 milhões);

- na região Sul seriam gastos US$ 305 milhões, onde o Paraná ficaria com US$ 141 milhões;

- na região Centro-Oeste a despesa seria de US$ 122 milhões, com predomínio de Goiás, com US$ 69 milhões;

- e, finalmente, na região Norte, por falta de dados para a área rural, seriam gastos nas zonas urbanas US$ 51 milhões, onde apenas o Pará gastaria US$ 32 milhões.

Comparando as diferentes propostas acima apresentadas e o **gasto federal na área social**, obteve-se os seguintes resultados (ver Tabela abaixo):

- a alternativa de extensão de um benefício assistencial no valor de 1(um) salário mínimo para idosos abaixo da linha de pobreza, representaria 8,9% do gasto social total; duas vezes o gasto com Assistência Social e três vezes o gasto atual com benefícios assistenciais da Previdência;

- na alternativa de focalização dos domicílios urbanos com crianças de casais ou de mulheres chefes de família, no valor de 1 SM, o gasto estimado seria equivalente a 5,5% do gasto social total; a uma vez o gasto com Assistência Social e a duas vezes o gasto com benefícios assistenciais previdenciários;

- a alternativa de uma política familiar focalizando as crianças de 0 a 9 anos, nas hipóteses de 20% ou 30% do SM por criança, representaria um gasto entre 5,4% e 8,1% do gasto social total; uma a duas vezes o gasto com Assistência Social; e duas a três vezes o gasto com benefícios assistenciais;

- a complementação da renda familiar, de forma não focalizada, para famílias indigentes, no valor de 1 SM, implicaria numa despesa anual equivalente a: 21,4% do gasto social total; quatro

vezes o gasto atual com Assistência Social; e oito vezes o gasto da Previdência com benefícios assistenciais.

RELAÇÃO ENTRE ESTIMATIVAS DE GASTO COM PROPOSTAS DE COMPLEMENTAÇÃO DE RENDA E GASTO EFETIVO DO GOVERNO FEDERAL BRASIL - 1992

Indicadores Federais	Us$ bi (1)	Idosos 1 SM	Dom.com Crianças 0 - 9 anos 1 SM	20%	30%	0 - 17 20%	Famílias Indigentes 1 SM
PIB	410,3	0,83%	0,52%	0,51%	0,76%	0,82%	2,0%
GASTO SOCIAL FEDERAL	38,4	8,9%	5,6%	5,4%	8,1%	8,7%	21,4%
GASTO FEDERAL ASSIST.SOCIAL	1,93	2	1	1	2	2	4
BENEF.ASSIST. PREVIDÊNCIA	1,09	3	2	2	3	3	8

FONTE: Valores do gasto segundo IPEA; no. de domicílios pobres cf.NEEP-IPEA, Projeto FAMILIA E POBREZA; no.de famílias indigentes cf.IPEA/CPS (O Mapa da Fome,1993); in NEEP/UNICAMP,op.cit.,p.97, com modificações.
(1) Valores em US$ médio de 1992, pelo câmbio livre de venda.
OBS: Valores inteiros representam múltiplos e não percentuais.

Merece destaque a demonstração de quão eficazes podem ser os aumentos do salário mínimo e dos benefícios monetários da população passiva para reduzir os percentuais de pobres e indigentes. No caso do Chile, por exemplo, a partir de uma mudança de política dos novos governos democráticos, o incremento das aposentadorias e pensões e do salário mínimo real -**o que, segundo a experiência mais recente, não é incompatível com a expansão do emprego** - junto com a diminuição do desemprego aberto e a melhoria das remunerações médias, foram fatores importantes no descenso dos índices de pobreza logrados, especialmente, desde o início de 1990.

NOTAS

(1) Ver Gasto e Desempenho dos Programas de Alimentação e Nutrição no ítem 6.3 deste capítulo.
(2) Sem falar na estrutura profundamente regressiva que sempre existiu nesse programa, na medida em que a maior parte de seus recursos é consumida por trabalhadores de renda mais elevada.
(3) ver Peliano, coord., 1994, p.11.
(4) ver detalhamento do Mapa da Fome no item 2 deste capítulo - **Brasil: desigualdades sociais e pobreza nos anos 80 e no início dos anos 90.**
(5) ver Peliano, op.cit., p.12.
(6) id.ibid.
(7) ibid.p.13.
(8) id.ibid.
(9) id.ibid.
(10) id.ibid.
(11) ibid.p.12.
(12) Instituído em abril de 1993, e integrado por oito ministros de Estado (Planejamento, Fazenda, Agricultura, Trabalho, Saúde, Educação, Bem-Estar Social e Secretaria Geral da Presidência da República) e por 21 representantes de diversos segmentos da sociedade civil, sendo presidido por Dom Mauro Morelli, arcebispo de Duque de Caxias-RJ.
(13) ibid.p.13.
(14) ibid.p.14.
(15) ibid.p.16.
(16) ver a esse respeito a análise sobre a Previdência Social feita no ítem 6.2 deste capítulo.
(17) ver Peliano op.cit. p.16.
(18) Houve forte retração da demanda por leite em função da redução das compras governamentais para os programas sociais e a falta ou quase inexistência de recursos para o financiamento dos estoques. Em 1989 o consumo de leite desses programas era da ordem de 2,1 bilhões de litros/ano, o equivalente a 15% da produção nacional; em 1992 esse volume caiu para 118 milhões, reduzindo sua participação para 1,2% (ver Peliano op.cit.,p.17).
(19) O custo médio mensal dos alimentos por beneficiário foi estimado em US$ 9; ibid.p.18.
(20) ver ibid.p.18
(21) id.ibid.
(22) o qual sofreu posteriormente uma série de modificações - ver Fundo Social de Emergência no item 4 deste capítulo.
(23) ver Peliano op.cit.,p.19.
(24) ibid.p.21.
(25) ibid.p.22.
(26) id.ibid.
(27) ibid.p.26.
(28) ibid.p.27.
(29) ver análise do Programa de Alimentação do Trabalhador no ítem 6.3 - Assistência Social.
(30) ver Peliano, op.cit., p.27.
(31) ibid.p.30.
(32) Uma série de problemas de natureza operacional foram elencados no relatório do IPEA, o qual foi concluído sem que pudesse avaliar a distribuição dos pólos para os municípios, e destes para as famílias beneficiárias ; ibid.p. 30 e 31.
(33) ibid.p.35.
(34) id.ibid.
(35) ibid.p.36.
(36) Até o final de 1994, o projeto de lei, de no. 2.561, ainda tramitava na Câmara de Deputados.
(37) Na época Cr$ 45 mil, o equivalente, posteriormente, a 147,33 URVs, ou seja, mais do que o salário mínimo atual de R$ 70,00.
(38) ver "Programa de Garantia de Renda Mínima", Senador Eduardo Suplicy, Brasília, 1994, p.12.
(39) Art. 9o. do Projeto de Lei no.2.561 de 1992 da Câmara.
(40) ver "Programa de Garantia de Renda Mínima", op.cit.,p.15.
(41) ver ítem específico de análise dos benefícios assistenciais no item 6.2, deste capítulo, referente à Previdência Social no Brasil.
(42) Ver NEPP/UNICAMP, 1993, p.88.

(43) Aqui não foi utilizado o mesmo corte etário da Renda Mensal Vitalícia de 70 anos ou mais, por ausência de informações consistentes segundo o corte de pobreza e indigência desejado. **A nosso ver, esse corte nos 60 anos deve ser empregado por ser mais justo socialmente, já que dos idosos carentes, poucos são os que chegam a 70 anos e mais.**

(44) Para a estimativa anterior não foi possível contar com cálculos consistentes para domicílios rurais ocupados por casais jovens e mulheres jovens chefes de família, abaixo da linha de pobreza. Dessa forma as estimativas de gasto aparecem subestimadas. Ver NEPP/UNICAMP, op.cit., p.92.

(45) Ver número de famílias indigentes estimadas para 1990 pelo IPEA in "O Mapa da Fome", 1993. São consideradas FAMÍLIAS INDIGENTES aquelas cuja renda familiar corresponde, no máximo, ao valor da aquisição de uma cesta básica de alimentos. Ver também item específico deste capítulo sobre Pobreza no Brasil (item 2).

DISCUSSÃO FINAL E CONCLUSÕES

Relações entre crise econômica, políticas de ajuste, situação social e políticas sociais

Corre-se o risco de homogeneizar as diferentes experiências latinoamericanas, tanto em termos da magnitude e formas de expansão da pobreza, quanto em termos de alternativas de políticas sociais, se atribuirmos à crise econômica atual sua causalidade única e exclusiva. Esta tese demonstra não ser indiferente a escolha da política social que se quer adotar, mesmo porque ela sempre está acompanhada de um determinado tipo de política econômica, além de estar inserida em um contexto que nunca é politicamente neutro. Um claro exemplo disso, apontado nesta tese como um problema central, é de que o nível de deterioração verificado nos serviços sociais públicos é, nos países latinoamericanos estudados, fruto de políticas governamentais deliberadas, e não **apenas** resultado da crise econômica. Em alguns momentos, inclusive, os países já haviam saído da recessão econômica e continuavam mantendo o "ajuste" a nível das políticas públicas sociais.

Não queremos, com a argumentação acima, abandonar a perspectiva estrutural. É evidente o papel determinante da crise econômica, que interfere, combina, e modifica as estruturas sociais, políticas e econômicas historicamente construídas em cada país. Ou seja, as **Políticas Sociais** estão determinadas, por um lado, pelos problemas sociais que conformam, estrutural e conjunturalmente, uma demanda por serviços e benefícios sociais. Por outro, estão constrangidas pela estrutura e funcionamento do Setor Público, particularmente por seus mecanismos de financiamento, cujas restrições, perpetuadas por longa crise econômica, vêm-se tornando estruturais.

O que discutimos ao longo da tese, é **em que medida**, dada uma determinada estrutura do setor público e o impacto da crise econômica sobre ela, **políticas deliberadas** de ajustamento **fazem com que haja um determinado nível de deterioração dos serviços públicos sociais**. Ou seja, seria o grau de estrago feito nas instituições de proteção social, verificado em todos os países latinoamericanos aqui estudados, "necessário" ou impossível de evitar, dadas as restrições de financiamento impostas pela crise?

Alguns poderiam responder à questão acima afirmando que políticas substitutivas, seletivas e focalizadas na pobreza, foram a saída encontrada. Dada uma estrutura de desigualdade social como a nossa, a qual também foi agravada pela crise, e, de nôvo, pelas políticas de ajuste econômico (cujo impacto social vem sendo reconhecido até pelos próprios organismos internacionais que as propugnaram); dada esta situação social, portanto, as políticas apontadas têm dado conta de atender os problemas sociais, mesmo aqueles mais emergenciais? Todas as evidências demonstradas nesta tese mostram que não.

A partir dessas considerações, podemos delinear algumas conclusões iniciais. A primeira delas, de natureza mais geral e conceitual, diz respeito às **relações de determinação** entre **crise econômica, políticas de ajuste, situação social** e **políticas sociais**. Adotamos aqui a perspectiva de que essas determinações **não** são "circulares", onde todos os fatores se afetam entre si da mesma forma e com igual intensidade. Numa primeira aproximação, essas relações estão, por sua vez,

determinadas em última instância por um marco histórico-estrutural mais amplo. Isto permite explicar a **natureza** dessas relações, bem como suas semelhanças e diferenças entre os países estudados. Numa segunda aproximação, a forma pela qual se dá a crise econômica na região (América Latina), dependente e periférica, constitui o pano de fundo das políticas de ajuste, da situação social e das políticas sociais, afetando de modo particular a cada uma delas. Também as formas de manifestação da crise econômica assumiram semelhanças gerais e diferenças particulares entre os países.

Dadas essas determinações mais gerais, o que podemos depreender desta tese acerca das relações entre **políticas de ajuste, situação social** e **políticas sociais** é o seguinte:

- A forma e o conteúdo adotados pelas políticas de ajuste **não são neutras** com relação à situação social e às políticas sociais.

- Pelo contrário, o perfil neoliberal adotado pelas políticas de ajuste é responsável tanto pelo **agravamento** das **condições sociais**, como pela **deterioração** dos **programas sociais** pré-existentes nos países latinoamericanos.

- Diferentes formas de deterioração podem ser constatadas, dependendo do padrão e do estágio de desenvolvimento das políticas e programas sociais existentes em cada país. As consequências do ajuste sobre essas políticas, no entanto, são visíveis em **todos** os casos aqui estudados.

- Essa deterioração das políticas e programas sociais já existentes verifica-se básicamente de duas formas: através da desestruturação de políticas públicas históricamente consolidadas, substituindo-as por políticas radicalmente opostas (como a da privatização do sistema previdenciário no Chile); e através do total desmantelamento de programas sociais que já existem de forma precária, com mecanismos de funcionamento e sobretudo de financiamento pouco consolidados (caso do México). No caso brasileiro existe uma combinação dessas duas formas: as intervenções têm sido tanto na direção de desestruturar políticas já consolidadas (Previdência), ou em vias de consolidação dentro de um novo padrão (Saúde), como na de desmantelar programas frágeis e dispersos (Assistência Social e Alimentação e Nutrição).

- Partindo do pressuposto de que as políticas neoliberais produzem determinado tipo de consequências sociais, estas, por sua vez, também se diferenciam país a país, não apenas pelas particularidades apontadas acima (de natureza mais estrutural), mas também, e de forma bastante contundente em alguns casos, pela natureza, extensão e intensidade das próprias medidas de ajuste.

- As mudanças provocadas pelo ajuste econômico e estrutural não são apenas conjunturais, com possibilidades de reversão no momento seguinte. Em alguns casos, elas foram de natureza estrutural. Exemplos disso são a criação de uma "nova pobreza" nos países latinoamericanos (semelhante à dos países centrais), e a ruptura radical de padrões de políticas sociais pré-existentes.

- O agravamento da situação social causada pelo ajuste, por sua vez, provoca uma sobrecarga na demanda por serviços e benefícios sociais (por ex. pelo aumento do número de desempregados e indigentes, pela ampliação e complexificação das doenças em função da deterioração das condições de vida, entre outros).

- As políticas sociais ficam, dessa forma, duplamente afetadas: pelo lado da demanda e pelo lado da oferta de serviços e benefícios. Esta última é restringida pelas medidas de ajuste, via corte de gastos e redução da receita (provocada pela recessão), e via reestruturação do seu perfil, pela focalização e privatização.

- Essa restrição generalizada das políticas sociais (observada em todos os casos aqui estudados), afeta, por sua vez, a própria situação social, na medida em que não atende satisfatoriamente as demandas sociais, deteriorando ainda mais as condições de vida daqueles grupos mais carentes que dependem dos programas sociais públicos para sua sobrevivência.

Esta relação de determinação entre **políticas sociais e condições de vida**, muito pouco destacada e analisada pelos estudos e documentos que levantamos, assume relevância maior em situações onde a população afetada é preponderantemente carente (os **excluídos**), e onde essa situação de exclusão assume grandes proporções, como é o caso do Brasil. Ou seja, configura-se aqui uma relação particular entre **políticas sociais e pobreza**. Se anteriomente esta relação possuía contornos pouco nítidos, nesta tese ela assume um caráter de determinação primordial. Mesmo quando as políticas sociais são delimitadas, como é o caso das incluídas na Seguridade Social, o caráter dessa relação permanece. Ou seja, passamos de um entendimento das políticas sociais, onde elas eram importantes, sem dúvida, mas onde preponderava sua natureza meramente "compensatória", "complementar", "residual", "assistencialista", para um entendimento onde as políticas sociais, equânimes e universais, base do direito social constitutivo da cidadania, passam a ser essenciais e vitais para as populações carentes.

Esse ponto nos remete a outra questão: a da submissão de determinados princípios, como equidade e universalidade, às chamadas "restrições" econômicas. Uma coisa é discutir as restrições de ordem estrutural, tal como assinalado acima, decorrentes da própria capacidade de financiamento do Estado, e a partir delas adotar as políticas possíveis, respeitando, no entanto, aqueles princípios gerais (ou, no mínimo, tendo-os como horizonte), em lugar de simplesmente desqualificá-los como "utópicos" ou "irrealizáveis". Esta última postura, diferente da anterior, costuma reduzir as prioridades e políticas sociais a algo tópico e residual, através de "inovações gerenciais", quase sempre associadas a estratégias do tipo "auto-ajuda", que vêm assumindo diversas denominações, mas que **sempre resultam em redução da oferta de serviços e benefícios públicos**. É claro que isto é racionalizado em nome das "possibilidades" econômicas, as quais, na realidade, são também produto de políticas deliberadas.

O alegado caráter "imprescindível" dessas políticas, no entanto, ainda está para ser demonstrado, sobretudo nos países da América Latina. Esta tese mostra que suas consequências, principalmente as sociais, mas também as econômicas, sequer vêm satisfazendo aos princípios e metas preconizados pelos próprios mentores dessas políticas. Seu caráter supostamente "neutro", tão propalado por seus propositores (sobretudo os organismos internacionais) e defendido pelos governantes que adotam essas políticas, tampouco se sustenta.

Agravamento da desigualdade social em condições de ajuste

A **"recessão"** imposta às políticas sociais pelos ajustes deve colocar-se como característica central, a nosso ver, da degradação das condições de vida de grupos populacionais cada vez maiores. Dessa forma, **o modo como funcionam as políticas sociais torna-se importante indicador das condições de vida das populações carentes**, além da renda e do emprêgo. Ou seja, quando consideramos dois grupos populacionais carentes em igual situação de recessão econômica, está em melhores condições aquele que tem acesso a serviços e benefícios sociais públicos de forma suficiente e permanente. Este é, aliás, um dos importantes fatores de migração populacional, sobretudo rural-urbana.

Quando analisamos a desigualdade social na América Latina ([1]), vimos como a CEPAL relaciona melhorias sociais com o investimento público na infraestrutura social bem como com a oferta de serviços, particularmente na área da saúde, onde ampliou-se o acesso ao progresso técnico. O fato dessas melhorias terem sido constatadas mesmo em presença de indicadores de distribuição de renda desfavoráveis e de queda do investimento público e do gasto social nos anos 80, significa que continuou-se a desfrutar de benefícios e investimentos sociais anteriores.

Além da deterioração dos serviços públicos sociais, podemos elencar outras características da evolução social na América Latina também associadas aos processos de ajuste estrutural.

A maioria dos países latinoamericanos sofreu retrocesso muito pronunciado em matéria de equidade durante a crise e os posteriores processos de ajuste estrutural, de modo que no início dos anos 90 sua distribuição de renda é ainda mais concentrada que ao final dos anos setenta. O fenômeno que indica a maior desigualdade na distribuição da renda na maioria dos países da região foi a acentuada disparidade entre o rendimento de 40% das famílias mais pobres - que não chega a atingir a metade da renda média nacional - do rendimento de 10% das famílias mais ricas - que recebe mais de quatro vezes essa média. Em seis dos oito países examinados essa diferença aumentou no início dos 90: a renda dos 10% mais ricos supera em cerca de dez vezes a dos 40% mais pobres ([2]).

O aumento da desigualdade torna-se mais disruptivo do ponto de vista social quando, ao mesmo tempo, se expande a capacidade de consumo dos estratos mais altos da população e se reduz a dos mais baixos, especialmente quando os recursos destes últimos já eram insuficientes para adquirir bens de consumo básicos. O percentual da população em **extrema pobreza** aumenta, revertendo-se a tendência das três décadas do pós-guerra. Este grupo de "extremamente pobres" ou "indigentes", definidos como aqueles cuja renda familiar não dá para comprar uma cesta básica de alimentos, foi o que mais cresceu entre os pobres, representando a metade dos mesmos.

As remunerações médias (salários, aposentadorias e pensões), que representam cerca de 70% da renda dos domicílios que se situam em torno da linha de pobreza, não só não acompanharam a expansão do produto em alguns países ao final da década (como a Colômbia e o Chile), como caíram 25% em termos reais, em média, nos demais países onde se processaram ajustes. As quedas de renda por habitante foram acompanhadas, em vários casos, por uma piora na sua distribuição, de modo que

reduções de renda inferiores a 25% como média representaram diminuições significativamente maiores nos domicílios "vulneráveis" que se situavam em torno da linha da pobreza.

Os escassos sinais indicativos de uma queda da concentração de renda observáveis nos países onde se reiniciou o crescimento econômico denotam a lentidão da recuperação dos níveis de renda da famílias de estratos médios e baixos. Esse crescimento econômico caracterizou-se, na realidade, por um curto período de expansão, com aumento do consumo e das importações, seguido de desaceleração, sobretudo no setor industrial. Os salários reais reduziram-se em magnitudes muito significativas, e em todos os países aumentou o percentual de assalariados em situação de "nova" pobreza. O salário mínimo real de 1993 com relação ao de 1980 representava no México 39%; na Bolívia 17%; na Argentina, Brasil, Uruguai e Venezuela entre 50% e 55%; e apenas no Chile houve uma recuperação de 4%, iniciada a partir do governo democrático ([3]). Os custos do ajuste também são avaliados em termos da redução das remunerações do trabalho em geral, posto que caem também as receitas daqueles que trabalham no chamado setor "informal", que passam a compartilhar sua "renda" com um número maior de ocupados ao atuar como "colchão" do desemprego aberto: o PREALC estima que a renda dos trabalhadores "informais" caiu 27% ([4]).

A situação dos países em termos de insuficiência de renda no início dos anos 90 tendeu a tornar-se mais similar em termos proporcionais: em vários deles a incidência da pobreza medida a nível dos domicílios tendeu a confluir em torno de 30%. No entanto, por trás dessa maior confluência dos dados proporcionais, encontram-se enormes diferenças em números absolutos de pobres, bem como **diferenças de infraestrutura social muito significativas, incluindo as redes sociais estatais**. Dessa forma, a pobreza no início dos anos 90 acentuou-se especialmente nos países de maior tamanho econômico e populacional, como o Brasil, Venezuela, Argentina e México. Os pobres urbanos tornaram-se mais numerosos que os pobres rurais. Parcela importante dos estratos médios tornaram-se mais vulneráveis aos efeitos das políticas de estabilização ou ajuste: ao agravamento da situação dos estratos de renda mais baixa acrescentou-se, como fenômeno digno de destaque, uma deterioração da qualidade de vida dos estratos médios urbanos, gerando uma "nova pobreza". Houve uma ampliação das diferenças de acesso aos bens e serviços que satisfazem as necessidades básicas vinculadas à habitação, a seus serviços, à educação e à saúde.

Em função de medidas de reestruturação e flexibilização, constata-se além da geração de desemprego aberto, a transferência de mão-de-obra de atividades de maior produtividade para outras de produtividade e renda mais baixas, com aumento da informalização e da inserção em serviços precários. A heterogeneidade produtiva e a desigualdade na distribuição da renda foram acentuadas, ao coexistirem setores "modernos", de cobertura mais limitada, com a expansão de atividades de baixa produtividade.

Os jovens que não estudam nem trabalham representam hoje uma proporção muito maior que no início dos anos 80, afetando principalmente àqueles pertencentes à famílias de baixa renda, constituindo-se num indicador do risco de marginalidade e de reprodução de famílias com elelvada vulnerabilidade econômica e social. Por outro lado, amplia-se um "desajuste" crescente entre as remunerações desses jovens e seus níveis educacionais, o que foi chamado pela CEPAL de "espaços

de frustração". Isto se deu apesar de que ao final da década passada e início desta observou-se em alguns países um estancamento e inclusive retrocessos no nível educacional dos jovens, o que se atribui, por um lado, ao efeito retardado do período mais agudo da crise, e por outro, às drásticas medidas de ajuste econômico.

A participação das mulheres na economia continua a aumentar, sem que isso signifique um aumento na renda das famílias, persistindo uma marcada discriminação salarial. Por outro lado, isto ocorre num contexto que obriga as famílias a recorrer a estratégias de sobrevivência que implicam em aumento da carga de trabalho doméstico, sem que se produzam avanços paralelos na cobertura dos serviços sociais de apoio para o cuidado das crianças.

Mesmo após a superação dos anos mais difíceis da crise econômica, com a concomitante redução das altas taxas de desemprego em alguns países, em outros, como o México e a Argentina, as taxas de desemprego permaneceram altas por conta das políticas de ajuste alí implementadas. Por outro lado, os avanços registrados em alguns países no campo do emprego no final da década de 80, não foram suficientes para reduzir de forma significativa o percentual de população em situação de pobreza nem para diminuir as desigualdades na distribuição de renda.

Outros dois fenômenos relativos ao mercado de trabalho são apontados na comparação entre 1981 e 1990: a perda da importância relativa do assalariamento em contraposição à produção independente, e a redução na proporção de trabalhadores vinculados à Previdência Social. Destaca-se o aumento da participação dos **não remunerados** nas categorias urbanas, os quais apresentaram, no Brasil, um crescimento de 77,6% entre 1981 e 1990, com um crescimento médio anual de 6,6%.

Com relação ao emprego público, as fortes contrações do gasto fiscal e os processos de privatização de empresas públicas, ocorridos em função dos programas de ajuste estrutural, exerceram um impacto negativo sobre o emprego menor do que sobre as remunerações dos assalariados do setor público. Essas perdas salariais redundaram em um aumento do percentual dos empregados públicos em situação de pobreza: em vários países, marcadamente na Argentina, Brasil, México, Venezuela e Paraguai, o número de afetados pela pobreza no setor público cresceu em maior proporção que o total de ocupados, revelando que os assalariados com renda mais próxima ao valor da linha de pobreza sofreram perdas maiores. Vale lembrar que a CEPAL afirma que essa situação de baixa remuneração e aumento dos percentuais de pobreza que afetam os empregados do Estado limita as próprias possibilidades de reforma e "modernização" do setor público.

Conclui-se, portanto, que outra grande consequência dos processos de ajuste foi o **agravamento da pobreza na América Latina**. Em contraposição àqueles que defendem a "neutralidade" das políticas de ajuste (como FMI e Banco Mundial), destacamos nesta tese posições de diversos organismos internacionais (como Nações Unidas, OMS, PNUD, UNICEF,"Population Crisis Committee" de Washington), que apontam como **causas da pobreza** a distribuição extremamente desigual dos efeitos não apenas da crise econômica, mas das **políticas de ajuste ortodoxas**, recaindo sempre sobre os setores mais desfavorecidos; as estruturas extremamente assimétricas de distribuição de renda; as debilidades da política social e os ataques permanentes de setores influentes à própria legitimidade do gasto social, entre outras. Como exemplo dos **efeitos**

das drásticas políticas de ajuste para a América Latina, um representante da Organização Mundial da Saúde-OMS destaca "o descuido com as obras de saneamento ambiental, o estado lamentável da infraestrutura de saúde e o desabastecimento de água, fatores que podem converter a epidemia do cólera em uma endemia num futuro imediato", própria de situações de extrema pobreza ([5]). A pobreza constituiu-se na principal causa de morte na América Latina: aproximadamente 1 milhão e 500 mil mortes por ano. As crianças são as mais vulneráveis: 2.000 delas morrem por dia de pobreza. As mulheres são particularmente afetadas: 40% das famílias da região são chefiadas por mulheres que, segundo as Nações Unidas (1990), foram as que pagaram grande parte da carga do ajuste.

O **Brasil** ([6]), de modo geral, não foge ao perfil apresentado para a América Latina. No entanto, sobretudo no período 1985/88, comportou-se "contra a maré" dos ajustes impostos por Washington e FMI. Além de disfrutar de investimentos sociais anteriores, o período inicial do governo da redemocratização ("Nova República") foi acompanhado de gastos públicos na área social (mais em custeio do que em investimentos). Os indicadores sociais também apresentaram comportamento mais positivo nesse período: crescimento do salário real; expansão significativa dos serviços de saneamento básico (apesar da manutenção das desigualdades regionais e por grupos de renda); redução da taxa de mortalidade infantil (apesar da manutenção de diferenciais importantes por grupos de renda e condições da habitação); redução da taxa de natalidade e aumento da Esperança de Vida ao Nascer; expansão dos níveis de educação formal da população, além da redução da taxa de analfabetismo (apesar do seu crescimento absoluto, sobretudo nas regiões metropolitanas); aumento da cobertura vacinal da população infantil; expansão dos serviços públicos de saúde, com uma efetiva ampliação da cobertura; ampliação dos benefícios previdenciários, sobretudo para a população rural; redução da desnutrição entre crianças menores de 5 anos; modificação no perfil de morbi-mortalidade da população mais assemelhado ao dos países desenvolvidos.

Também ocorreram importantes mudanças na estrutura demográfica brasileira, o que, segundo alguns autores ([7]), também pode explicar a "aparente contradição" entre reduções do PIB *per capita* e melhorias nas condições de vida. Entre essas mudanças estão as relacionadas à estrutura da família, como a redução do seu tamanho, pela queda da fecundidade, e a sua nuclearização crescente. Essa redução do tamanho das famílias, acompanhada da manutenção das taxas de atividade de crianças e adolescentes e do forte aumento do nível de participação feminina na economia, poderia explicar a manutenção de uma renda familiar *per capita*, sobretudo nas camadas mais pobres da população. Por outro lado, também se aponta para a incidência da renda não-monetária nas famílias de baixa renda ([8]). As mudanças na legislação trabalhista, com a incorporação de uma série de benefícios (como vale-transporte e vale-refeição), provavelmente tiveram um papel compensatório na diminuição do valor real do salário mínimo. Com tudo isso, famílias menores e com mais gente trabalhando puderam, a princípio, garantir uma proporção de renda não-monetária maior que famílias cuja renda total é mais dependente da renda do chefe de família. A diminuição da taxa de crescimento urbano nos anos 80 (pela redução da migração e da fecundidade), permitiu, por outro lado, apesar das

restrições fiscais do setor público, que os investimentos realizados em equipamentos urbanos básicos não sofressem a pressão demográfica dos anos 70. Se a tendência à redução do crescimento urbano se confirmar nos anos 90, seria factível reduzir o chamado "déficit social", já que o investimento ao não compensar apenas o crescimento da população, poderia melhorar as condições de vida dos residentes nos centros urbanos (sobretudo nas suas periferias).

Por outro lado, o **perfil da distribuição de renda no Brasil em 1990** é, em termos comparativos, um dos mais perversos da América Latina, com os 10% mais ricos se apropriando de quase a metade (48%) do total de rendimentos dos ocupados. Verificou-se uma acentuação da concentração de renda. Se em 1980 a faixa 10% mais rica da população se apropriou de 44,9% da renda nacional, em 1991 esta apropriação passou para 48,1%. Em contrapartida, os 50% mais pobres tiveram sua participação na renda nacional reduzida de 14,5% em 1980 para 12,1% em 1991. No interior do grupo dos 10% mais ricos, houve também uma acentuação do processo de concentração: os 5% mais ricos ampliaram sua participação de 31,9% em 1980 para 34,4% em 1990 e o grupo 1% mais rico eleva sua apropriação da renda em dois pontos percentuais no mesmo período. Com relação à PEA, 20% recebe até 1(um) salário mínimo. Existe uma heterogeneidade entre regiões e estados no perfil de distribuição de renda entre os mais ricos e os mais pobres, que vai mais além do tradicional padrão regional brasileiro de distribuição da riqueza. Em muitos casos ela pode ser explicada pelos distintos modelos de crescimento adotados, determinados por políticas econômicas e sociais diferenciadas.

Nos anos 80 também observou-se o recrudescimento da **pobreza** absoluta no Brasil, bem como o acúmulo crescente dos pobres nas regiões tradicionalmente deprimidas e nas cidades. O **número de pobres** ([9]) no país em **1990** era de 39,2 milhões, correspondentes a 27% da população total. O número (23% do total) de domicílios considerados pobres foi de 7,9 milhões. O Nordeste, com 21,8 milhões de pobres, detinha 55% da pobreza do país, bem como a maior incidência de pobreza (51% da população). A renda desses 27% da população abaixo da linha de pobreza era equivalente a 3,4% da renda familiar total do país. Desses 39,2 milhões de pobres, metade encontrava-se nas cidades e metade na área rural. Segundo a PNAD **1990**, as **regiões metropolitanas**, em seu conjunto, abrigavam **6 milhões de pobres** (15% da pobreza no país) com incidência sobre sua população total de 13%.

Outra estimativa aponta que, em **1990**, trinta e dois milhões de pessoas (22% da população brasileira), compondo nove milhões de famílias, estariam em situação de **indigência** ([10]), com semelhante distribuição regional e urbano-rural. Desses, metade (15 milhões) se compõe de indigentes infanto-juvenis (que corresponde a um quarto da população infanto-juvenil no Brasil), dos quais 27% não estudam nem trabalham, e 3.3 milhões (um em cada quatro aproximadamente) situam-se em famílias chefiadas por mulheres. Este fenômeno da chefia familiar feminina é sobretudo metropolitano.

Além dessa quantificação e distribuição da pobreza em nosso país, nos interessa particularmente nesta tese as **condições de acessibilidade dos pobres aos serviços básicos** de suprimento de água, esgoto sanitário, coleta de lixo , saúde e educação. Estes ítens possuem forte

peso no orçamento das famílias de baixa renda, sendo, dessa forma, relevantes para fins de complementação da renda real dos pobres. Os indicadores analisados ([11]) demonstram as **más condições de acesso a serviços básicos, sobretudo nas metrópoles do Norte e do Nordeste.** Dentre estas últimas, o caso mais crítico parece ser o de Recife, em particular no que se refere aos esgotos sanitários e, por consequência, à saúde pública.

Dessa forma, **a pobreza metropolitana fica melhor qualificada quando se leva em conta as carências de saneamento, habitação, assistência médica e educação, as quais não dependem essencialmente de acréscimos marginais da renda, e sim dos investimentos do setor público.** A curto prazo, estas carências são consideradas relativamente "inelásticas" em relação ao nível de renda dos pobres, dados o tamanho dos déficits existentes e as dificuldades operacionais para eliminá-los. Os indicadores de saneamento apresentados ilustram bem esse ponto. Ao final da década de 80 verificam-se carências absolutas graves em todas as regiões metropolitanas, inclusive nas mais desenvolvidas. No Nordeste, no entanto, os déficits apresentados são explosivos, pois afetam elevados percentuais tanto da população pobre como da não-pobre. Estas elevadas carências de infra-estrutura urbana, concomitantemente aos altos percentuais de indivíduos pobres, demandam um aporte significativo de recursos organizacionais e financeiros para que haja uma melhoria das condições de vida nas metrópoles nordestinas.

A desagregação dos dados segundo **centro e periferia das regiões metropolitanas** não apenas confirma como, de certa forma, agrava as constatações feitas acima: as carências mais agudas também ocorrem nas **periferias das metrópoles nordestinas.** Destaca-se, no entanto, que, em função das **baixas taxas de investimento público verificadas nos últimos anos, condições inadequadas ou mesmo críticas de acesso aos serviços básicos não são um "privilégio" apenas das regiões metropolitanas menos desenvolvidas.** Os pobres da periferia do Rio de Janeiro são tão mal servidos por abastecimento de água quanto os da de Recife, assim como os da periferia de Belo Horizonte possuem condições de acesso ao esgotamento sanitário tão graves quanto os das periferias de Salvador ou Fortaleza.

Também ao desagregar os dados relativos à pobreza como **insuficiência de renda** (sendo pobres aqueles cuja renda está abaixo da linha de pobreza, conforme visto acima), verifica-se que as periferias apresentam, sistemáticamente, proporções de pobres mais elevadas que o núcleo, de modo que pode-se falar de **periferização da pobreza como padrão de localização dos pobres nas metrópoles.** Por outro lado, se apresenta uma associação entre a periferização da pobreza metropolitana e o chamado "ciclo de vida das metrópoles". Isto significa que metrópoles incipientes do ponto de vista do desenvolvimento econômico e urbano, como as nordestinas, apresentam uma distribuição espacial de pobres entre núcleo e periferia que se assemelha à repartição da população total. Ou seja, ao se tratar de um fenômeno geral, a periferização da pobreza ocorre, mas de forma menos acentuada. Já o processo de expansão da metrópole conduzindo paulatinamente à expulsão dos pobres do núcleo segregando-os na periferia, observado nas demais regiões metropolitanas, já não se verifica em São Paulo. Aqui já estaria ocorrendo a terceira fase do "ciclo de vida": a periferia

evoluiu para a formação de subnúcleos (com aumento do número de "cortiços"), complementando o processo de periferização dos pobres.

Rocha ([12]) também destaca que se o quadro de pobreza não foi mais adverso ao final da década, isto se deveu ao declínio significativo das taxas de natalidade, à redução da migração em direção à metrópoles e à evolução adversa em si mesma, mas compensatória em termos de rendimento, ocorrida no mercado de trabalho.

Política Social de corte neoliberal ou "Estado de Mal-Estar"([13])

O exame da **severidade da pobreza** durante os últimos quinze anos representa também um elemento imprescindível para julgar o desafio e o potencial das políticas sociais públicas para seu combate. O aumento absoluto das populações carentes traz implicações dramáticas para essas políticas, sobretudo quando associadas à deficiência de infraestrutura social.

Diante desse quadro, os anos 90 tornam ainda mais aguda a percepção da política social como aquela política que ordena "escolhas trágicas" ([14]). No entanto, a escolha feita por governos de países latinoamericanos, desde o governo ditatorial do General Pinochet no Chile, tem sido "trágica" no seu sentido literal. Diante do agravamento do quadro social, a opção por políticas sociais compensatórias de corte neoliberal tem trazido graves consequências para aquelas populações que, bem ou mal assistidas anteriormente, passaram a ser **desassistidas** pelo poder público. Ou seja, produz-se um **Estado de Mal-Estar**, mediante a desintegração do incipiente "Estado de Bem-Estar" existente na região, que traz consigo uma redução significativa da quantidade e qualidade de serviços e benefícios sociais prestados pelo setor público, com a exclusão de um segmento ainda maior da população.

Tal como nos países centrais, a partir de uma profunda e prolongada crise econômica passa-se a questionar o Estado de Bem-Estar Social (bastante incipiente no nosso caso), sobretudo no que diz respeito à presença do Estado como instância corretiva na distribuição da renda, através do sistema de transferências que opera com o financiamento e o gasto social. Monta-se uma catilinária contra o Estado, atacando sua ineficiência e apregoando a inutilidade do pagamento de impostos. Todo esse discurso ideológico encontra uma base real de sustentação. Por um lado, sob os efeitos combinados da crise e dos ajustes, conforma-se uma sociedade cada vez mais dual, onde os estratos médios tendem a diluir-se, congelando-se as perspectivas de mobilidade social ([15]). Produz-se um estado de desesperança crônica, derivada, como vimos, de uma contínua situação de retrocesso social, com renda e oportunidades de emprego decrescentes, e acesso restrito a postos de trabalho de baixa qualificação, baixa produtividade e baixos salários. Por outro lado, diante da crise da presença do Estado na sociedade, constrói-se um discurso em favor do individualismo pragmático, deixando pessoas e grupos entregues à sua própria sorte ou, na melhor das hipóteses, à uma rede comunitária de solidariedade. Aumenta o descrédito com relação aos serviços sociais públicos, a essas alturas já deteriorados e sobrecarregados.

A partir da análise, feita nesta tese, das várias experiências de Política Social nos países latinoamericanos submetidos a políticas de ajuste, podemos extrair traços comuns que configuram um

certo perfil neoliberal de política social, o que equivale a caracterizar o processo de constituição do "Estado de Mal-Estar".

O primeiro deles é o **comportamento pró-cíclico e regressivo** tanto do gasto como do financiamento do setor social. Os processos de ajuste latinoamericanos concebem o gasto social como "elástico", reduzindo-o a um limite que deixa apenas sobreviver mecanismos compensatórios mínimos. Pelo lado do financiamento, ao considerar como elementos "rígidos" os subsídios ao capital e os impostos diretos sobre as rendas altas e a riqueza, restringe-se o mesmo a contribuições sobre folha de salários e impostos indiretos, ambos de alto conteúdo regressivo e pró-cíclico.

Como consequência do anterior, processa-se um **esvaziamento orçamentário dos setores sociais**. Este processo de esvaziamento também possui um **forte caráter regressivo**, na medida em que os cortes no orçamento social, ao serem lineares (ao contrário da tão apregoada seletividade), afetam de modo mais agudo os serviços sociais periféricos que atendem aos setores mais carentes e desprotegidos da população, e, consequentemente, com menor poder de pressão. Os gastos com investimentos são praticamente anulados, impossibilitando a expansão dos serviços e produzindo uma saturação dos mesmos por excesso de demanda. A redução dos gastos de custeio leva a uma falta crônica de insumos básicos (verificável sobretudo nas escolas e unidades de saúde) e a uma drástica redução dos salários reais dos funcionários. Isto se traduz numa situação de contínua degradação profissional e em condições de trabalho cada vez piores, generalizando uma queda na qualidade dos serviços. Cabe aqui destacar, por outro lado, um aspecto muito pouco analisado nos documentos oficiais e na bibliografia em geral: evidências empíricas, embora ainda não sistematizadas, demonstram que, em iguais condições materiais, o setor público apresenta uma qualidade muito maior em seus serviços sociais do que o setor privado. Isto é particularmente evidente na área de saúde (sobre a qual temos um maior conhecimento, fruto da nossa experiência profissional), onde, inclusive, o setor público detém os serviços de alto custo para problemas de saúde de maior complexidade e risco ([16]).

A partir desse esvaziamento orçamentário, produz-se uma "ritualização" ([17]) dos Ministérios Sociais, na medida em que estes, ao carecer de recursos para transferir aos níveis locais, transformam-se em gestores, perante o Ministério da Economia e/ou Fazenda, dos fundos que são negociados entre os desmantelados sindicatos e grupos corporativos organizados que sobrevivem (médicos, laboratórios, etc.). A função ministerial, portanto, reduz-se a um ritual, onde os ministérios perdem a possibilidade de determinar a orientação mais geral da política social: os ministérios sociais são ministérios sem políticas e sem possibilidades de implementá-las.

Outro traço comum no processo de desestruturação dos serviços sociais públicos é a **descentralização de serviços sociais**. Apesar de amplamente divulgada, nos termos em que tem sido colocada essa estratégia deixa inúmeras perguntas sem resposta: a descentralização resolve todos os problemas de eficiência, efetividade e eficácia dos serviços sociais? A descentralização/municipalização de serviços pode ser aplicada como estratégia única para todo o tipo de situações? Qual a sua natureza, em que casos se aplica e como, e quais as especificidades e problemas a serem levados em conta na sua implementação? Na realidade, a descentralização tem-se

caracterizado pela mera transferência de serviços completamente deteriorados e sem financiamento para os níveis locais de governo. Estes, de modo geral com menor poder de arrecadação que o nível federal, recebem esses serviços para fechá-los ou mantê-los com um nível mínimo de funcionamento ([18]). Dessa forma, o nível central de governo libera-se de seus serviços, não para descentralizar de forma gradual e consistente um sistema, senão que para transferir um problema.

A **privatização total ou parcial de serviços** constitui-se em estratégia que, de modo geral, acompanha a descentralização. Diante do agravamento e ampliação das carências em nossos países, cabe perguntar: a privatização tem sido a estratégia mais adequada para a obtenção de "maior eficiência" e "maior justiça social", ou seja, reservando para os "pobres" os serviços públicos? Ela obteve resultados em termos de redução do gasto público? É possível abrir mão do caráter público dos serviços sociais, e portanto da gestão estatal em última instância? Quem se beneficia de fato com a privatização dos serviços sociais? A principal consequência da privatização, na realidade, é a introdução de uma dualidade discriminatória: serviços melhores para quem pode pagar (privados), e de pior qualidade ou nulos para quem demanda o acesso "gratuito" ([19]). Por outro lado, introduz-se a falsa idéia do "auto-financiamento" dos serviços. A experiência chilena de privatização dos serviços de saúde, introduzindo tarifas pretensamente seletivas nas unidades públicas de saúde, além de restringir o acesso, demonstrou a sua ineficácia em aumentar o volume de recursos do setor, já que a grande maioria da população que procurava esses serviços não tinha condições de pagar por eles.

Uma das estratégias neoliberais mais disseminadas, e que acompanha as duas anteriores, é a **focalização**. A idéia é a de que os gastos e os serviços sociais passem a ser dirigidos exclusivamente aos pobres. Ou seja, somente aqueles **comprovadamente pobres**, via "testes de pobreza" ou "testes de meios" (os famosos "means tests" dos programas sociais norteamericanos), podem ter acesso aos serviços públicos. Além do evidente conteúdo discriminatório, avesso a qualquer conceito de cidadania, esse mecanismo mostra-se ineficaz para países latinoamericanos. Tal como na estratégia de privatização, a restrição do acesso torna-se extremamente complicada na medida em que os pobres já constituem a grande maioria, senão a totalidade, da demanda aos serviços sociais básicos. Torna-se inviável, portanto, para países como o nossos, a estratégia de focalizar serviços que já são dirigidos para os mais carentes. Corre-se o risco, como afirma Bustelo ([20]), ao evitar a inclusão dos "não pobres", de excluir os próprios pobres.

O esvaziamento do setor público, e o consequente desmantelamento de seus serviços sociais, fez-se acompanhar por um retrocesso histórico, qual seja **o retorno à família e aos órgãos da sociedade civil sem fins lucrativos como agentes do bem-estar social**. Isto vem implicando na renúncia explícita do Estado em assumir sua responsabilidade na prestação de serviços sociais (sobretudo saúde e educação) em bases universais. A opção pelos mecanismos de auto-ajuda se dá mais pela ausência de impacto financeiro sobre o setor público do que pelos méritos organizativo-participativos da sociedade. O problema da utilização desses mecanismos está no seu caráter **substitutivo** aos serviços públicos, e **não** na sua possível atuação complementar, sobretudo na democratização, fiscalização e controle desses serviços, que passam a ser precários ou inexistentes.

Nessa estratégia estão incluídas as inúmeras experiências de "Programas de Solidariedade", sobretudo a mexicana, considerada como paradigmática na América Latina ([21]). Esta tese demonstra que esses programas "alternativos" que substituíram as políticas sociais em alguns países, baseados apenas na retórica da "solidariedade" e "participação comunitária", focalizados na pobreza, de cobertura e eficácia duvidosos, **não** foram capazes sequer de atenuar os problemas sociais existentes, que dirá resolvê-los.

Para matizar o processo de retração estatal e de privatização na área social na América Latina, conjugou-se as duas últimas estratégias - focalização e auto-ajuda - nos chamados "**Programas de Combate à Pobreza**", caracterizados por serem residuais, emergenciais e temporários. Esses programas têm-se constituído no eixo central das propostas de organismos internacionais, como o Banco Mundial e o BID, para os governos latinoamericanos (e para países periféricos em geral) no sentido de "minimizar" os efeitos da crise econômica e dos processos de ajuste. Mais uma vez, não está em tela de juízo a canalização de recursos para os pobres. O problema reside no fato desses programas virem acompanhados da mercantilização dos serviços e benefícios sociais, da capitalização do setor privado via subsídios e/ou incentivos fiscais, e da deterioração e desfinanciamento do setor público. Por outro lado, os objetivos declarados e implícitos dessa estratégia não têm sido alcançados. A assistência aos mais pobres não tem demonstrado efetividade, seja pela magnitude dessa parcela da população, seja pelos parcos recursos que vem empregando, muito aquém das necessidades, mesmo quando se trata de programas "focalizados". A tão almejada redução do déficit público tampouco tem sido obtida. Na realidade, os recursos públicos continuam financiando a cobertura da grande maioria da população: diretamente vía serviços públicos ou indiretamente vía subsídios ou incentivos fiscais em favor do setor privado. Já o caráter "emergencial" desses programas leva a que seus recursos sejam utilizados de forma discricionária pelo Poder Público, propiciando, entre outras coisas, o tão criticado (sobretudo pelos ideólogos desses programas) clientelismo político. Finalmente, aliado ao emergencial, o caráter temporário ou episódico desses programas é outra de suas características que os tornam totalmente ineficazes, já que a extensão e a profundidade da nossa pobreza exigem políticas sociais permanentes que atinjam, também, suas raízes mais estruturais.

Política Social universal e igualitária ou em direção a um "Estado de Bem-Estar" latinoamericano: problemas, limites e possibilidades

Ao enfoque mais restrito de política social, de cunho neoliberal, contrapõe-se um enfoque mais abrangente de Política Social, que, no limite, pode configurar-se como um "Estado de Bem-Estar Social". Este conceito "ideal", no entanto, deve extrair da realidade latinoamericana, contraditória e complexa, e da reflexão acumulada sobre a mesma, sua configuração básica.

Concordando com Cristina Possas, "a especificidade da realidade social e da base política nos países do continente torna inadequada sua referência a tipologias desenvolvidas a partir de sociedades com um alto grau de maturidade social e política. ... Difícilmente um padrão de proteção social como o brasileiro ou o mexicano poderia identificar-se simplesmente pelos mecanismos de

seletividade que caracterizam o modelo residual ou por sua vinculação na inserção produtivo/social do modelo meritocrático-particularista na classificação mencionada de Titmuss, ou pelos graus de democratização que caracterizam aos modelos liberal e conservador de Esping Andersen ..." ([22]). Estas tipologias estão baseadas, principalmente, nas condições de acesso da demanda na distinção entre os modelos, deixando de lado o que condiciona a oferta de serviços e benefícios. Nos países latinoamericanos esta oferta está determinada pela ausência de mecanismos efetivos de controle social, subordinando-a a uma lógica perversa de transferência de recursos públicos ao setor privado, razão pela qual Possas ([23]) prefere chamar ao modelo dominante de organização da proteção social na América Latina de "modelo estatal-privatizador". Sua lógica de organização e operação está subordinada ao processo de privatização do Estado que permeia o aparato estatal na atual etapa monopolista do capitalismo contemporâneo, fenômeno evidentemente não exclusivo da América Latina. O que caracteriza a realidade latinoamericana é o fato de que este processo de privatização do aparato estatal assume uma cara muito mais perversa, na medida em que condiciona as condições de acesso aos serviços e benefícios à dinâmica da acumulação privada, dada a ausência de mecanismos políticos e institucionais de defesa de amplos setores da sociedade não apenas frente ao mercado mas frente à utilização do aparato do Estado em prol de interesses particulares.

A análise das formas assumidas pela Proteção Social na América Latina requereu, nesta tese, uma abordagem capaz de dar conta, por um lado, das condições peculiares que determinaram seu desenvolvimento e configuração em cada um dos países estudados; e por outro, dos traços mais estruturais e limitantes comuns à Política Social na região, com ênfase naqueles impostos por políticas de ajuste.

Ao contrário do que preconiza a estratégia neoliberal, não consideramos possível um único caminho para alcançar aquilo que está sendo chamado, inicialmente, de "Estado de Bem-Estar Social" latinoamericano. Por outro lado, este **particular** Estado de Bem-Estar Social, a ser construído nos países latinoamericanos, com estratégias e táticas próprias e diferenciadas, possui alguns contornos e/ou problemas comuns.

A primeira característica ou o primeiro problema a ser enfrentado, de natureza mais geral, é o de como constituir um "Estado de Bem-Estar", ou uma rede de Proteção Social, ou uma Política Social "tout court", em países cuja perversidade do processo excludente de acumulação e sua capacidade predatória mereceram a denominação de "capitalismo selvagem" ([24]). Países esses, cujas sociedades são marcadas pela heterogeneidade estrutural ([25]), determinando, de um lado, uma superposição de formas avançadas de organização social e de frágeis mecanismos de representação política, o que historicamente dificultou a constituição de estruturas de proteção social que pudessem contrapor-se às desigualdades impostas por esse capitalismo; e, de outro, uma perversa combinação de problemas sociais "modernos", como o desemprego e a informalidade, com situações de pobreza e miséria típicas de países atrasados e subdesenvolvidos, o que torna, no mínimo, mais complexa a capacidade que essas estruturas de proteção devem ter para o combate a esses problemas.

Uma das grandes limitações dos nossos denominados "*Sistemas* de Proteção Social" é justamente o da **ausência de unicidade**. Ao invés de desestruturar e fragmentar ainda mais as já

dispersas políticas sociais, o que tem sido praticado, com razoável sucesso, pelas políticas neoliberais locais, tratar-se-ia de constituir uma **Política Social** capaz de articular, em cada um dos países latinoamericanos, diferentes políticas, projetos, programas e ações de cunho social. Essa unicidade, sobretudo no "núcleo duro" da Política Social formado pela Seguridade Social (seguro social, saúde e assistência), cuja visibilidade institucional deveria consubstanciar-se em um único Ministério Social (em contraposição ao Ministério da Economia), permitiria a unificação e vinculação de diversas fontes de financiamento (mantendo esta diversidade como uma proteção mínima aos comportamentos cíclicos da economia) e a definição de uma Política Social unificada que garantisse a igualdade de um mínimo social para todos os cidadãos.

Esta unificação não seria sinônimo de "centralização", pelo contrário. Em vez de implementar uma "descentralização recentralizante" de recursos e poder, como o que foi feito no setor Saúde no Brasil e no Programa de Solidariedade mexicano, essa unicidade da Política Social a nível nacional possibilitaria um processo de descentralização que promovesse a autonomia dos níveis locais na implementação de seus programas sociais, e que, simultâneamente, levasse em consideração as reais e heterogêneas capacidades dos níveis descentralizados de governo para resolver efetivamente os problemas sociais regionais em seus diferentes níveis de complexidade.

Dessa forma, o difícil e delicado problema da distribuição de recursos, tanto pelos diferentes setores sociais como pelas diferentes regiões e localidades, deixaria de obedecer a critérios aleatórios e lineares. A pugna setorial por recursos dispersos ([26]) seria substituída por um processo de elaboração de um Orçamento Social unificado, cuja visibilidade permitiria uma participação mais democrática dos diversos setores sociais, baseada em critérios mais nítidos e equânimes de distribuição de recursos ([27]). Esse processo de orçamentação seria acompanhado de uma programação, também unificada para o setor social, onde estivessem claramente explicitadas as prioridades em termos de projetos e programas sociais a nível nacional. Este Orçamento-Programa unificado possibilitaria, ainda, a integração programático-orçamentária entre as diversas áreas sociais.

Dessa forma, a integração do "social" não se daria apenas pelo emergencial (embora este também deva estar incluído), em programas assistenciais episódicos, e sim de forma permanente através de políticas e programas nacionais, com metas bem visíveis a serem cumpridas. A tão propalada "participação comunitária" não aconteceria apenas no varejo, promovendo-se uma gestão colegiada desse Orçamento-Programa, em todos os níveis de governo e/ou em todas as instâncias onde essas políticas e programas nacionais estivessem sendo implementados, que propiciasse um processo efetivamente democrático de participação e controle do poder público. As experiências de gestão colegiada no Brasil em setores sociais importantes como Saúde e Educação, apesar de terem significado um enorme avanço, se dão através de inúmeros e pulverizados Conselhos Comunitários setoriais, cujo poder de interferência torna-se muitas vezes reduzido pela ausência de visibilidade da totalidade de recursos e programas sociais na sua localidade, município, estado ou região. Na realidade, essa ausência de visibilidade se dá não apenas para a população-alvo dos programas sociais, como também para os próprios responsáveis governamentais e agentes desses programas.

Estes, em sua imensa maioria, em todos os níveis de governo, desconhecem o volume e a distribuição de recursos para o seu próprio setor de intervenção, que dirá para os demais setores que compõem a área social.

Insistimos, portanto, que a unificação e a concomitante visibilidade em termos programáticos e orçamentários é um valioso instrumento de intervenção pública na área social. Não se trata aqui de uma utopia impossível de ser realizada. No Brasil, experiências a nível federal, como a da Programação e Orçamentação Integradas (POI) no Ministério da Previdência e Assistência Social em meados dos anos 80 ([28]), e a nível estadual e municipal, como as de Orçamento Participativo impulsionadas por governos democráticos e populares ([29]), são exemplos da factibilidade desse tipo de proposta.

A articulação dessa Política Social, por sua vez, com as demais políticas públicas, sobretudo com a Política Econômica, não poderia dar- se, nessa proposta, de forma subordinada. Na realidade, no entanto, essa articulação é de natureza essencialmente política, de enorme complexidade, submetida na maioria das vêzes a fatores conjunturais, e sobre a qual existem inúmeras definições.

A Política Social não seria, segundo SANTOS (1989), uma política entre outras, com a mesma ordem lógica, e dotada de apenas um atributo que a diferenciaria das demais. Ela seria, "em realidade, uma política de ordem superior, metapolítica, que *justifica* o ordenamento de *quaisquer* outras políticas - o que equivale dizer que justifica o ordenamento de escolhas trágicas". A Política Social escaparia ao cálculo econômico e ingressaria na "contabilidade ética, no cerne do conflito entre valores, no trágico comércio entre o bem e o mal". A inexistência de uma definição precisa de política social seria explicada, dessa forma, pelo seu caráter de "*metapolítica*, matriz de princípios ordenadores de escolhas trágicas", as quais estariam embutidas em práticamente todas as políticas específicas. Esses princípios possuiriam um caráter mutável e controverso, o que faria com que políticas singulares aparecessem ora como políticas sociais (usando a terminologia corrente) ora não, dependendo de conveniência e convenção ([30]).

Mesmo apontando essa "fragilidade epistemológica básica", sobre a qual se fundamenta toda política "social", o mesmo autor propõe uma tipologia - que procura dar conta do problema que apontávamos inicialmente, qual seja o da interação entre políticas, sociais ou "mistas", e, particularmente, do conflito entre elas - classificando as políticas sociais sob as seguintes rubricas: *preventivas*, *compensatórias* e *redistributivas*, em sentido estrito. Por política social *preventiva* compreende-se qualquer política que impeça ou minimize a geração de um problema social grave, como por exemplo Saúde Pública, Saneamento Básico, Educação, Nutrição, Habitação, Emprego e Salário. Por política *compensatória* compreende-se aqueles programas sociais que remediam problemas gerados, em larga medida, por deficiência de políticas preventivas anteriores ou de outras políticas setoriais que interferem com o social (como políticas de emprego e renda, entre outras). Exemplo de política compensatória seria o Sistema Previdenciário. Finalmente, por políticas *redistributivas* entende-se aqueles programas que implicam em efetiva transferência de renda, por exemplo o FUNRURAL e o PIS/PASEP.

A necessária inter-relação e integração entre diversas políticas governamentais, dentro de um conceito mais amplo de Política Social, é defendida com clareza e persistência por LESSA ([31]). Em seu diagnóstico sobre a área social brasileira, ele aponta que a mesma leva às últimas consequências a organização do que ele chama de "vertebração vertical", onde uma lei de cissiparidade produziria a multiplicação de agências governamentais, estabelecendo relações de lealdade interburocrática ao longo dessas colunas vertebrais, sem nenhuma solidariedade horizontal em cada espaço de decisão. A definição de *quem* controla *o quê* torna-se extremamente complicada, com inúmeros problemas na definição de competências, o que se agrava à medida em que o debate e a intervenção sociais vão criando novos campos de interesse. Novas "colunas vertebrais" surgem, gerando uma malha de lealdades interburocráticas. Essa excessiva fragmentação, sem coordenação horizontal, origina manobras de "autarquização" em relação aos aparelhos burocráticos já existentes. Nesse contexto, todas as formas de planejamento e coordenação horizontal são percebidas como redução de autonomia e de poder de cada um dos corpos que constroem suas lealdades de forma vertical. O resultado disso, segundo Lessa, seria que o sistema operaria com taxas de desperdício, explícitas e implícitas, consideráveis.

Na linha de articulação entre política econômica e política social, a CEPAL, desde 1990, demonstra a preocupação em articular as, segundo ela, necessárias transformações produtivas com a equidade, a partir de seu clássico trabalho "*Transformação Produtiva com Equidade*" ([32]). Nele fica explicitado o imperativo da **equidade**, o qual exigiria que a transformação produtiva estivesse acompanhada por medidas redistributivas, tendo em vista o diagnóstico de que, mesmo ocorrendo essa "transformação", transcorreria um período prolongado antes que se pudesse superar a heteerogeneidade estrutural mediante a incorporação do conjunto de setores "marginalizados" das atividades de crescente produtividade. Essas medidas redistributivas "complementares" seriam: serviços técnicos, financeiros e de comercialização, bem como programas massivos de capacitação destinados a microempresários, trabalhadores por conta própria e camponeses; reformas de diversos mecanismos de regulação que impedem a formação de microempresas; **"adequação" dos serviços sociais às necessidades dos setores mais pobres**; fomento da organização para contribuir à "ajuda mútua" e à adequada representação das necessidades dos mais desfavorecidos perante o Estado; e aproveitamento da potencialidade redistributiva da política fiscal, tanto do lado da receita como no referente à orientação do gasto público ([33]).

Sem entrar numa discussão detalhada da proposta, visualizamos duas ordens de problemas na mesma. A primeira delas é a de que essa transformação produtiva torna-se pouco provável, na medida em que está baseada em premissas no mínimo complicadas, como o contexto de uma maior "competitividade internacional" e a utilização de uma "prerrogativa pouco utilizada", qual seja a incoporação do progresso técnico. A segunda é a restrição do papel dos serviços sociais, que devem ser apenas "adequados" para os mais pobres, na melhor tradição neoliberal, como já analisamos aqui.

Essa proposta de integração entre equidade e transformação produtiva é reforçada e ampliada posteriormente num segundo documento ([34]). Este já incorpora um capítulo sobre "A Estabilização

Econômica", que contém um sugestivo item intitulado "A instrumentalização de uma estabilização com **mínimo** custo recessivo" (o grifo é nosso), onde entre propostas de controle da demanda agregada, controle das expectativas, correção de preços relativos e reformas institucionais, estão as "Políticas distributivas compensatórias". Nestas estão incluídas a reserva de certa quantidade de recursos para estabelecer uma "*red de seguridad mínima*" durante a transição, a qual, mesmo quando a estabilização logre uma queda da inflação sem uma queda "apreciável" do produto ou do emprego, pode causar perdas a alguns grupos já muito vulneráveis tendo em vista os "deslocamentos de preços relativos" e a "composição do produto". São citados como exemplos dessas políticas os programas de emprego de emergência no Chile e o Fundo Social de Emergência na Bolívia ([35]).

Quanto às medidas mais "permanentes" para compensar os efeitos "possívelmente" regressivos da estabilização, elas dependerão (no futuro) da capacidade do Estado de ir substituindo o "equilíbrio fiscal" logrado mediante instrumentos de "emergência" por uma consolidação fiscal apoiada em um sistema tributário de base ampla, relativamente simples e, "dentro do possível", progressivo, bem como em uma estrutura de gasto também progressiva. No entanto, prossegue o documento, para lográ-lo implica poder estabelecer ou acordar uma nova configuração distributiva entre os "agentes econômicos" ([36]).

Prosseguindo nessa linha de compatibilização entre as políticas, BUSTELO(1991) propõe uma "Economia Mixta de Bienestar", para a qual seria necessário a observação de algumas premissas. Ele parte do princípio de que a questão do financiamento do déficit fiscal e o endividamento externo encerra a definição central sobre como devem ser distribuídos os custos da crise. As margens para evadir a identificação daqueles setores sociais que devem pagar os custos do ajuste se estreitaram, na medida em que o déficit fiscal não pode financiar-se com mais endividamento externo e/ou interno, e que a produção de mais "Estado de Mal-estar", em termos de desemprego-subemprego-queda dos salários reais e redução do gasto social, está atingindo umbrais críticos. Tendo em vista a distribuição de renda latinoamericana e a evolução das rendas de capital e de trabalho, não cabe dúvidas de que o custo maior deveria ser absorvido pelos setores de mais alta renda e riqueza, na medida, inclusive, em que esses custos devem ser proporcionais às responsabilidades respectivas de cada grupo social com relação ao endividamento externo.

Diante dos argumentos de que essa proposta não é viável dadas as altas taxas de renúncia e sonegação fiscal e a insuficiência informativa dos sistemas tributários, propõe-se que, paralelamente à melhoria dos sistemas de informação sobre a pobreza e os pobres, se desenvolva melhores informações sobre a riqueza e sua reprodução, de modo que se possibilite a "focalização" sobre aqueles que devem financiar o déficit fiscal.

Bustelo funda a possibilidade de implementar uma "Economia mista de bem-estar" no conceito de autonomia relativa do Estado, onde, sem negar que no capitalismo o Estado é estruturalmente dependente do capital e propenso a realizar seus interesses, possa colocar-se, em condições de democracia estáveis, uma autonomia relativa ou operacional do Estado, na qual os diferentes setores sociais aceitem a propriedade privada e o controle por parte dos empresários do investimento, mas que estes aceitem a democracia e as políticas públicas favoráveis aos setores sociais menos

favorecidos por parte do Estado. Ou seja, mesmo partindo desses "interesses egoístas" que operam no mercado, que seja possível desenvolver uma institucionalidade pública relativamente autônoma de interesses setoriais, e o suficientemente complexa para não ser uma correspondênica pontual dos mesmos. Assim, o princípio constitutivo de uma "economia mista de bem-estar" seria aquele onde o máximo grau de interesse consistiria em não colocar no grau mais alto os interesses próprios (ou particulares).

A geração de uma "economia mista de bem-estar" em um contexto como o da América Latina, de crescente pobreza e desigualdades sociais, estaria fundada na possibilidade de introduzir uma direcionalidade social à apropriação privada do excedente. Isto implicaria numa arquitetura jurídico-política que especificasse claramente o papel do setor público, do setor privado, dos sindicatos, dos diferentes grupos sociais, e, sobretudo, um acordo explícito sobre o bem-estar, isto é, como se distribuiriam os frutos do crescimento econômico e do progresso técnico ([37]).

Mesmo reconhecendo que nos países da periferia capitalista os dilemas da estabilização e da retomada do crescimento têm tornado ainda mais grave e complexa a questão social, BRAGA E MÉDICI(1993) também defendem uma articulação *consistente* entre política econômica, política de rendas e política social, tratando de demonstrar a *compatibilidade* da resolução da questão social com a estabilidade e o crescimento ([38]).

Ao aceitar a idéia de que a questão social deva ser o *eixo ordenador* das políticas de estabilização e desenvolvimento econômico, não basta, no entanto, afirmar a necessidade de consistência e compatibilização entre as políticas: isto também vem sendo declarado nos documentos da maioria dos organismos internacionais, inclusive os propositores do ajuste. O problema reside em reconhecer e definir *de que* política de estabilização, e mesmo *de que* desenvolvimento econômico, está se tratando, já que **o que tem sido proposto e implementado nos países periféricos, sobretudo na América Latina**, conforme as experiências analisadas nesta tese demonstram fartamente, **é totalmente incompatível com *qualquer* proposta de política social mínimamente consistente e resolutiva face à problemática social desses mesmos países.**

Segundo palavras do Prof. Wilson Cano em análise sobre o Brasil ([39]), mas que acreditamos extrapoláveis para o restante da América Latina, para aumentar o Gasto Social que possa propiciar substanciais melhorias no insustentável quadro social, há necessidade de incremento de Recursos Públicos, os quais, por sua vez, só poderão surgir com aumento do investimento, estabilidade e distribuição. Para tal, seriam necessárias reformas estruturais, implantadas de forma concomitante, as quais, no entanto, precisam ser bem qualificadas para não serem confundidas com aquelas preconizadas pela agenda neoliberal.

São as seguintes as reformas elencadas pelo Prof. Cano (op.cit.):

- reforma do Estado, no sentido de fortalecê-lo, repondo, em novas bases, sua capacidade de definição de políticas e de planejamento, com reabilitação do funcionalismo público;

- equacionamento do serviço da dívida externa, compatibilizando tanto um orçamento cambial que ampare a retomada do investimento e crescimento, bem como a capacidade de pagamento pela receita federal;

- equacionamento da dívida pública interna, para o disciplinamento das contas públicas e contenção da pressão estrutural exercida sobre a taxa de juros;

- reformas fiscal e tributária, objetivando uma maior equidade, readequando as contas públicas e os níveis regionais e locais de competências. (Aqui, Cano lembra que a maioria dos países que ajustaram as suas economias recentemente, o fizeram com elevação da carga tributária);

- reestruturação do sistema financeiro nacional, dificultando a alocação de fundos eminentemente especulativos, fortalecendo o mercado de capitais e solucionando o estrutural estrangulamento do financiamento de longo prazo;

- reformas sociais (agrária, abastecimento, urbana, saúde pública, previdência social, educacional e ambiental), projetadas tanto para dar conta de uma dimensão emergencial bem como para atingir toda a sociedade numa perspectiva de prazo maior;

- e, reforma da empresa, adequando-a aos novos requisitos administrativos, produtivos e financeiros, permitindo uma maior transparência de seus resultados, de sua eficiência e de seu papel social, numa sociedade moderna e mais justa.

NOTA FINAL

No momento de fecharmos as conclusões desta tese, processa-se no Brasil, a partir do governo FHC, uma série de medidas e proposições de reformas, tanto na Política Econômica como na Política Social, que configuram um quadro muito mais "consistente" de mudanças em direção a um ajuste de contornos neoliberais.

Como agravante, as restrições de natureza geral, impostas por um cada vez maior "desajuste global", tornam as possibilidades de mudança do quadro atual cada vez menores ou mais difíceis. "Estamos vivendo um momento crucial na sociedade brasileira, diante da transição porque passam a economia e a sociedade internacional, e não temos ainda como avaliar, com a devida profundidade, quais seus efeitos econômicos e sociais cumulativos que estarão sendo explicitados no final deste século" ([40]).

No entanto, como militante da área social que sou (mais do que uma "teórica" do ramo, aliás), não posso deixar de registrar aqui, como espaço de esperança, a enorme riqueza da realidade brasileira, suficientemente ampla e variada em termos de elaboração e implementação de políticas sociais públicas alternativas ao modelo dominante, na busca de uma maior justiça social. Novas experiências sociais, contando com a decisiva e democrática participação dos setores da população historicamente dominados, têm se multiplicado por esse país afora.

Tudo leva a crer, como afirma Wanderley Guilherme dos Santos ([41]), que é na **efetiva disputa em torno de políticas específicas** que se resolvem as relações de poder e conflito, os ganhos e perdas sociais, e a estabililidade ou instabilidade da ordem social, matéria prima básica de qualquer política pública.

Se não é possível evitar a "fatalidade de ordenar escolhas trágicas" ([42]), na ausência de um princípio infalível de justiça e diante da imprevisibilidade dos resultados, face *Édipo* da vida social,

tampouco há como fugir ao imperativo de continuar tentando apesar de tudo, face *Sísifo* da nossa vida.

NOTAS

(1) ver itens 2 (Desigualdade Social) do capítulo I - América Latina.
(2) ver CEPAL,1993, em item 2 do capítulo I.
(3) ver Estudo Econômico da CEPAL de 1993.
(4) Lagos,1986, p.17.
(5) M.Nakajima, declarações em Lima, Perú, em 04/04/91; ver item 2 do capítulo I.
(6) ver item 2 (Desigualdade Social e Pobreza) e 5 (Gasto Social) do capítulo II - Brasil.
(7) ver Tavares e Monteiro, 1994.
(8) Os estudos apontados de despesa familiar indicam que para as áreas rurais as famílias com dois salários mínimos têm uma parcela de despesa não-monetária de 50% do total. Considerando o Brasil como um todo, para as famílias com até um salário mínimo de renda, a parte não-monetária da despesa familiar é 54%, e para as famílias com até dois salários mínimos é 38% da despesa total. Ver Tavares e Monteiro, op.cit.
(9) A estimativa do número de pobres aqui está baseada em dados da PNAD-90. São consideradas pobres aquelas pessoas cujo rendimento familiar *per capita* mensal é igual ou inferior ao valor de uma linha de pobreza (1/4 do salário mínimo vigente em 1980). Este valor da linha de pobreza correspondia a um rendimento familiar *per capita* anual de US$ 413 em 1990, o equivalente a US$ 34,4 mensais. Para maiores detalhes, ver item 2 do capítulo II.
(10) ver IPEA, 1993, que considera indigentes aquelas famílias cujos rendimentos mensais lhes permitem, no máximo, a aquisição de uma cesta básica de alimentos.
(11) ver item 2 do capítulo II.
(12) ver Rocha,1992b, no item 2 do capítulo II.
(13) Expressão cunhada em 1991 por Eduardo Bustelo, à época Diretor do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), em seu trabalho "La producción del Estado de Malestar. Ajuste y política social en América Latina"(Bustelo, 1991).
(14) ver conceito de Política Social de Wanderley Guilherme dos Santos, onde "chama-se de política social a toda política que ordene escolhas trágicas segundo um princípio de justiça consistente e coerente", in Santos,1989,p.37.
(15) ver itens 2 dos capítulos I e II referentes à Desigualdade Social no na América Latina e no Brasil.
(16) Não é por acaso que os Seguros de Saúde privados não cobrem todos os riscos e doenças, restringindo-se àqueles de maior lucratividade.
(17) Expressão utilizada por E.Bustelo; ver Bustelo op.cit.,p.222.
(18) A autora desta tese vivenciou uma experiência paradigmática e dramática nesse sentido: a municipalização dos serviços de saúde na Baixada Fluminense, situada na região metropolitana do Estado do Rio de Janeiro, que redundou no total desmantelamento de uma rede de unidades de saúde que funcionava em plena capacidade atendendo a milhares de pessoas carentes de todo e qualquer serviço social. Ver Soares, L.Tavares, "Descentralização e Municipalização em Regiões Metropolitanas: uma experiência na Baixada Fluminense", Rev.Planejamento e Políticas Públicas, no.5, IPEA, junho de 1991.
(19) Este falso conceito de gratuidade é disseminado, abandonando-se totalmente a noção de que o serviço público é financiado por toda a sociedade.
(20) Bustelo, op.cit.,p.222.
(21) Ver análise do "Programa de Solidariedade" do México, no item 8.2 do capítulo I.
(22) Ver Possas, 1992, p.315-316.
(23) ver Possas, op.cit., p.318.
(24) ver Possas, op.cit., p.315.
(25) conceito trabalhado na Introdução desta tese.
(26) como a existente no Brasil entre Previdência, Saúde e Assistência, após o desmembramento do Ministério da Previdência e Assistência Social no governo Collor em 1990.
(27) Cabe lembrar aqui que o Orçamento da Seguridade Social no Brasil, instituído pela Constituição de 1988, nunca funcionou nesses moldes. Tal como foi visto nos itens 6 e 7 do capítulo II, a partilha de recursos deu-se, na prática, através de uma especialização de fontes, com prejuízo para os setores de Saúde e Assistência. Além disso, após a instituição do "Fundo Social de Emergência", também analisado nesse capítulo, os recursos da Seguridade foram "esterilizados" para outros fins, em prol da alegada "estabilização econômica".
(28) ver item 3 e 6 do capítulo II.
(29) ver, por exemplo, a experiência da atual Prefeitura de Porto Aldgre, no Rio Grande do Sul, governada por duas gestões seguidas pelo PT-Partido dos Trabalhadores.
(30) O problema da Política Social passaria a ser, portanto, o desafio de encontrar um princípio de justiça, coerente e consistente, cuja superioridade em relação a outros princípios pudesse ser demonstrada. No entanto, "*qualquer princípio de justiça, simples ou complexo, produz resultados contrários ao que se deseja quando aplicado da mesma forma em qualquer circunstância*". O autor procura demonstrar que não existem critérios que permitam produzir decisões automáticas que assegurem resolver simultâneamente dois problemas - por exemplo, a acumulação de capital e a equidade - e, consequentemente, que o critério de tomada de decisão não é lógico-científico nem derivado de comandos constitucionais. Se, em termos absolutos, acumulação e equidade se excluem como valores, significa que, a nível micro, qualquer proposta de maximizar a equidade sem prejuízo da acumulação em realidade propõe *mudanças relativas* no perfil de desigualdades existentes,

sem aboli-las completamente. Dessa forma, ele conclui que "a realização do valor justiça social não pode ser garantida por nenhum critério automático e que, qualquer que seja a opção *ideológica* (chamemo-la assim) da qual se parta, quer a da maximização da acumulação, quer a da maximização da equidade, o que se obtém, em qualquer caso, é a modificação relativa do perfil de desigualdades existentes". Santos, op.cit,p.37-38-39. Ver conceito de Política Social do mesmo autor na nota 14.

(31) ver, entre outras conferências e trabalhos, "Experiências de Políticas Sociais no Brasil desenvolvidas na década dos 80", conferência proferida na FUNDAP/SP em dezembro de 1988.

(32) ver CEPAL, "Transformación Productiva con Equidad", Stgo. de Chile, 1990.

(33) CEPAL,op.cit.,p.15.

(34) CEPAL, "Equidad y Transformación Productiva: un enfoque integrado", Stgo. de Chile, 1992.

(35) Ambos analisados nos itens correspondentes a esses países no capítulo I desta tese.

(36) ver CEPAL,op.cit.,p.83-84.

(37) ver Bustelo, 1991, p.224-225.

(38) ver Braga e Médici, 1993, p.2.

(39) ver Wilson Cano, "Brasil: crise e alternativas ao neoliberalismo", Texto apresentado ao Seminário MCT/PADCT, em dez/1994, Ilhéus/Bahia, p.17-18.

(40) Cano, op.cit.,p.1.

(41) ver discussão sobre Teoria Social e análise de Políticas Públicas, do mesmo autor, W.G. dos Santos, na sua obra clássica "Cidadania e Justiça. A Política Social na Ordem brasileira" (Santos,1987, p.12).

(42) ver Santos, 1989, p.63.

AJUSTE NEOLIBERAL E DESAJUSTE SOCIAL NA AMÉRICA LATINA

BIBLIOGRAFIA

ABRANCHES,S.H.(1985)."Os Despossuídos. Crescimento e Pobreza no país do milagre. Jorge Zahar Ed. ,RJ.

ABRASCO(1984)."A crise e a transição democrática: Saúde e Previdência Social".

ALBUQUERQUE,M. y RIVERA,E.(1990)."Chile.El tiempo que viene"- Editorial; "Modernización y democracia" - varios autores; "El debate en torno a la concertación social y económica". IN: Rev. PROPOSICIONES, n. 18.

ALBUQUERQUE,R.C. E VILLELA,R.(1993) "O Brasil social: um balanço de duas décadas", in O Brasil Social: realidade, desafios e opções, IPEA,RJ.

ALBUQUERQUE,R.C. E VILLELA,R.(1993). "Padrões de desempenho e relações estruturais de desenvolvimento", in O Brasil Social: realidade, desafios e opções, IPEA, RJ.

ALBUQUERQUE,R.C.(1993). "Pobreza e exclusão social no Brasil", in VELLOSO,J.P.R. E ALBUQUERQUE,R.C. "Pobreza e Mobilidade Social", Forum Nacional, As bases do desenvolvimento moderno, Ed.Nobel, SP.

ALBUQUERQUE,R.C.de e VILLELA,R.(1990)."A situação social no Brasil: um balanço de duas décadas", mimeo.

ALMEIDA,S.C.F.(1994) "Reforma das Contribuições Sociais e seus impactos federativos", in volume 7 "A Reforma Tributária no contexto da Revisão Constitucional", do Projeto "Balanço e Perspectivas do Federalismo Fiscal no Brasil", FUNDAP/IESP, São Paulo.

ALTIMIR,Oscar(1979)"La dimensión de la pobreza en Am. Lat." Cuadernos de la CEPAL, Santiago de Chile.

APEC (1991) "A privatização no México". Carta 858, 30.4.91.

ARRELLANO,J.P.(1989)."La Seguridad Social en Chile en los años 90" , Colección ESTUDIOS CIEPLAN, n.27.

ARRELLANO,O.L.(1992)."La politica de salud en México: un ejemplo de liberalismo social?", in: LAURELL,A.C.(coord.),"Estado y Politicas Sociales en el neoliberalismo", Fund. FRIEDRICH EBERT STIFTUNG, México, 1992.

AURELIANO,L. e DRAIBE,S.M.(1989) "A Especificidade do "Welfare State" Brasileiro", in MPAS/CEPAL "A Política social em tempo de crise: articulação institucional e decentralização. Reflexões sobre a natureza do bem-estar", Brasília.

AYALA,R. e SCHAFFER,C.(1991)."Salud y Seguridad Social. Crisis, Ajuste y grupos vulnerables", Rev.PERSPECTIVAS EN SALUD, Instituto Nacional de Salud Publica, México.

AZEREDO,B.(1987)."As contribuições sociais no projeto de Constituição,IPEA/INPES. Texto para disc. 124.

AZEREDO,B.(1993). "O Sistema Previdenciário Brasileiro: diagnóstico e perspectivas de mudanças", Texto p/discussão no.9, Centro de Estudos de Políticas Públicas, maio de 1993.

AZEREDO,B.eGOLDENSTEIN,S.T.(1993)."O Sistema Previdenciário na Argentina: diagnóstico e avaliação do processo de reforma", Centro de Estudos de Políticas Públicas, R.J.

BAER,M. (1993). "O rumo perdido: a crise fiscal e financeira do Estado brasileiro", Ed. Paz e Terra, Rio de Janeiro.

BANCO MUNDIAL(1990)."Financiamiento de lso servicios de salud en los paises en desarrollo. Programas de Reformas", Estudios de Politicas del Banco Mundial, Washington D.C.

BANCO MUNDIAL/FGV(1990)."Relatório sobre o desenvolvimento mundial -1990". Indicadores de desenvolvimento mundial.

BARROS SILVA e MEDICI(1991)."Seguridade Social: velhos problemas, novos desafios". Rev. ADM.PÚBLICA., RJ, 25(4).

BEJAR,A.A. E PICHARDO,G.M.(1992)."México 1988-1991: cambio estructural y devastación social", in: Rev.INVESTIGACION ECONOMICA, Fac.Economia UNAM, México.

BELTRAO,MÉDICI,OLIVEIRA.(1992)"O Sistema de saúde chileno",mimeo.

BELTRAO,MÉDICI,OLIVEIRA(1992a)."Uma análise da Reforma da Previdência Chilena",mimeo.

BID(1991)."Progreso socio-económico en Am. Latina." Relatorio. Parte especial: Seguridade Social.

BITTAR,Sergio(1986)."Políticas Economicas de paises desarrollados. Consecuencias para Am. Latina", Trab. apres. no Semin. sobre "Crisis Externa y Política Económica: los casos de Argentina , Brasil y Mexico", Campinas, Convenio CEPAL/UNICAMP.

BITTAR,Sergio(1988)."Neoliberalismo versus neoestructuralismo en América Latina", Revista de la CEPAL, no.34.

BRAGA,J.C.de Souza e MÉDICI,A.C.(1993). "Políticas Sociais e Dinâmica Econômica", texto mimeo, IESP/FUNDAP, S.P.

BRANDÃO LOPES,J.R.(1992) "Família e Pobreza". Relatório de Pesquisa, NEEP/UNICAMP.

BRANDÃO LOPES,J.R.(1993) "Brasil, 1989: um estudo socioeconômico da indigência e da pobreza urbanas", NEEP, Caderno de Pesquisa no. 25.

BRUNHOFF,S.(s/d)"L,heure du marché. Critique du libéralisme." Presses Universitaires de France.

BUSTELO,E. y ISUANI,E.A.(1990)."El ajuste en su laberinto. Fondos Sociales y Política Social en Am.Latina",Semin. de Fondos de Desarrollo Social, UNICEF/PREALC/OEA/PNUD/ILPES. Grupo ESQUEL, Stgo.Chile.

BUSTELO,E.S.(1991). "La producción del Estado de Malestar. Ajuste y Política Social en América Latina". Rev.Salud Publica de México, vol.33, no.3.

CALSING,E.F.(1983)."Extensão e características da pobreza no Brasil. Estimativas das desigualdades sociais", Brasília.

CALSING,E.F.(1983)."Dimensionamento e caracterização da pobreza no Brasil. CNRH/IPEA, UNICEF.

CÂMARA DOS DEPUTADOS(1992). COMISSÃO ESPECIAL PARA ESTUDO DO SISTEMA PREVIDENCIARIO. Relatório Final 1992.

CANO, Wilson(1990)."Uma alternativa não neoliberal para a economia brasileira na década de 1990", in: São Paulo no limiar do século XXI: perspectiva dos setores produtivos 1980-2000. Doc. final, IE/UNICAMP.

CANO, Wilson(1991)."Reflexões para uma política de resgate do atraso social e produtivo do Brasil na década de 1990. Mimeo, IE/UNICAMP.

CANO, Wilson(1993). Reflexões sobre o Brasil e a nova (des)ordem internacional". Ed. da UNICAMP, 2a.ed., FAPESP, São Paulo.

CANO, Wilson(1994). "Brasil: crise e alternativas ao neoliberalismo", Texto apresentado ao Seminário MCT/PADCT, em dez/1994, Ilhéus/Bahia, p.17-18.

CARDOSO DE MELLO,J.M.(1992)."Consequências do Neoliberalismo", ECONOMIA E SOCIEDADE, Rev. do Instituto de Economia da UNICAMP, no.1.

CARVALHO,G.I. e SANTOS,L.(1992), "Sistema Único de Saúde. Comentários à Lei Orgânica de Saúde (Lei 8.080/90 e Lei 8.142/90), Ed.Hucitec, SP.

CASAR,J. y ROS,J.(1986)."Ajuste economico y cambio estructural en Mexico" CEPAL/UNICAMP. idem.

CASAR,J. y ROS,J.(1986)."Algunas consecuencias de largo plazo del proceso de ajuste en Mexico. 1983-1986". CEPAL/UNICAMP. (ver Seminario "Crisis Externa... op.cit.).

CAVALCANTI,C.E.G.(1994) "Avaliação e Remodelagem das Contribuições Sociais", in volume 7 "A Reforma Tributária no contexto da Revisão Constitucional", do Projeto "Balanço e Perspectivas do Federalismo Fiscal no Brasil", FUNDAP/IESP, São Paulo.

CEPAL(1986)."La transformación socio-ocupacional del Brasil 1960-1980 y la crisis social de los 80".

CEPAL(1990)."Políticas Sociales en tiempos de crisis", vol.I, mimeo.

CEPAL(1990a)."Magnitud de la Pobreza en America Latina en los años 80".

CEPAL(1990b)."Transformación productiva con equidad".

CEPAL(1991)."La equidad en el Panorama Social de América Latina durante los años 80".

CEPAL(1991a)."Panorama Social de América Latina".

CEPAL(1991b)."Las personas de edad en América Latina: un sector estratégico para la política social en los años noventa", mimeo.

CEPAL(1991c)."Una estimación de la magnitud de la pobreza en Chile", Colección Estudios CIEPLAN, n.31.

CEPAL(1992a)."La Equidad en los sistemas de seguridad social", mimeo.

CEPAL(1992b)."Gasto Social y Equidad en América Latina", mimeo.

CEPAL(1992c)."Actividades de los gobiernos de América Latina y el Caribe para la superación de la pobreza", Documento de apoio para a Terceira Conferência Regional sobre a Pobreza, Stgo, Chile, mimeo.

CEPAL(1992d)."El perfil de la pobreza en América Latina a comienzos de los años 90", mimeo.
CEPAL(1993)."Panorama Social de América Latina".
CEPAL(1994)."Panorama Social de América Latina ".
CEPAL/PNUD(1989)."America Latina: la política fiscal en los años ochenta".
CEPAL/PNUD(1990)."El déficit del Sector Público y la Política Fiscal en Chile". 1978-1987.
CEPAL/PNUD(1990a)."Ajuste macroeconómico y Finanzas Públicas. Chile: 1982-1988"
CEPAL/PNUD(1991)."El déficit del Sector Público y la política fiscal en Argentina. 1978-1987".
CEPAL/PNUD(1991a)."El déficit del sector público y la política fiscal en Mexico, 1980-1989".
CEPAL/PNUD(1991b)."O déficit quase fiscal brasileiro na década de 80".
CEPAL/PNUD(1991c)."Sistema de Pensiones en Am. Latina. Diagnóstico y Alternativas de Reforma", Costa Rica, Ecuador, Uruguay, Venezuela.
CEPAL/PNUD(1992)."Sistema de Pensiones en Am. Latina. Diagnóstico y Alternativas de Reforma", Bolívia, Brasil, Colombia, Guatemala, México.
CEPAL, PNUD, PREALC e UNICEF(1986)."Desarrollo, transformación y equidad: la superación de la pobreza". CEPAL(1989)."Opciones y falsos dilemas para los años noventa: lo nuevo y lo viejo en Política Social en América Latina", mimeo.
COHEN,E.-FRANCO.R."Evaluación de Proyectos Sociales" Instituto Latinoamericano y del Caribe de Planificación Económica y Social (ILBES) /ONU y Centro Interamericano de Desarrollo Social."Las finanzas publicas de Am. Latina en la decada de 80" mimeo. s/d.
COHN,A.(1991)."Como dar um caráter ético ao Sistema Previdenciário".Carta Política, n.12.
COIMBRA, M.A.(1984). "Welfare Policies and Peripheral Capitalism: the case of Nutrition Policy in Brazil". Tese doutoramento, Univ. Manchester.
COMISION ECONOMICA PARA AMERICA LATINA Y EL CARIBE - CEPAL (1990). "Transformación Productiva con equidad", Naciones Unidas, Santiago de Chile.
COMISION ECONOMICA PARA AMERICA LATINA Y EL CARIBE - CEPAL (1992). "Equidad y Transformación Productiva: un enfoque integrado", Naciones Unidas, Santiago de Chile.
CONSEA-Conselho Nacional de Segurança Allimentar (1994). "I Conferência Nacional de Segurança Alimentar", Relatório Final, Brasília, julho/94.
CORTAZAR,R.(1986)."La salida de la crisis externa: ajuste y estabilización" + "Introducción" IN: Políticas Macroeconomicas. Una perspectiva latinoamericana. CIEPLAN, Stgo. CHILE.
DAIN,S.(1989)."O Financiamento das Políticas Sociais no Brasil: características estruturais e desempenho no período recente", in Ministério da Previdência e Assistência Social(MPAS) e Comissão Econômica para América Latina e Caribe(CEPAL), "A Política Social em tempo de crise: articulação institucional e descentralização", vol.II "Financiamento das Políticas Sociais no Brasil", Brasília.
DAIN,S.(1989a)."A crise da Política Social: uma perspectiva comparada", in: Economia e Desenvolvimento, no.3, MPAS/CEPAL.
DAIN,S. e AFONSO,J.R.R."O Financiamento do Setor Público no Plano Collor", in "Aquarella do Brasil: ", Rio Fundo Ed., R.J.

DAIN,S.; TAVARES SOARES,L. e CASTILHO,M.R.(1993)."O financiamento da Previdência Social no contexto de uma nova Reforma Tributária", in Ministério da Previdência Social (MPS)/Comissão Econômica para América Latina e Caribe(CEPAL), "A Previdência Social e a Revisão Constitucional" - Pesquisas:vol.II, Brasília.

DAIN,S.(1994) "Experiência Internacional e Especificidade Brasileira", in volume 7 "A Reforma Tributária no contexto da Revisão Constitucional", do Projeto "Balanço e Perspectivas do Federalismo Fiscal no Brasil", FUNDAP/IESP, São Paulo.

DESORMEAUX,J.(1990)."Contexto economico internacional y gestión de la deuda externa",IN: Rev. PROPOSICIONES, n.18.

DI FILIPPO,A.(1981)."Desarrollo y desigualdad social en la Am. Latina", Fondo de Cultura Económica, México.

DIAS,A.(1990)."Chile. Deuda externa".IN: Rev. PROPOSICIONES, n.18.ARANCIBIA,S.(1990)."La transición democratica enfrenta un dificil contexto económico",IN: Rev. PROPOSICIONES, n.18..

DORNBUSCH,R.(1991)."As lições do México para o Brasil". Rev. EXAME, n.18.

DRAIBE,S.M. (1986) "Notas (desanimadas) sobre a política social da Nova República. Campinas, UNICAMP/NEPP, Mimeo.

DRAIBE,S.(1989)." Há tendências e tendências: com que Estado de Bem Estar Social haveremos de conviver neste fim de século ?",Cadernos de Pesquisa n. 10, NEEP/UNICAMP.

DRAIBE,S(1990)."As políticas sociais brasileiras: diagnósticos e perspectivas.IN: Prioridades e Perspectivas de Políticas Públicas para a década de 90. IPEA/IPLAN, Brasília.

DRAIBE,S.M.(1990a). "Anotações sobre um debate recente: as políticas de combate à pobreza na América Latina", mimeo.

DRAIBE,S.M.(1993). "Qualidade de vida e reformas de programas sociais: o Brasil no cenário latinoamericano", Rev.LUA NOVA, no.31.

DRAIBE,S.M.(1993a). "As políticas sociais e o neoliberalismo. Reflexões suscitadas pelas experiências latinoamericanas", Rev. da USP, no.17.

FAGNANI,E.(1987) "A Política Social da Nova República: impasse na viabilização das reformas estruturais", Campinas, UNICAMP/IE, Mimeo.

FEIJÓO,J.V.(1991)."Crítica del Modelo Neoliberal", Colección América Latina, Facultad de Economia UNAM, México.

FERRER,A.(1990). "Argentina y Brasil: ajuste, crecimiento e integración" Rev. BRASILEIRA DE POLITICA INTERNACIONAL.DORNBUSCH,R.(1990)."Da estabilização ao crescimento".Rev. BRASILEIRA DE ECONOMIA, v.44, n.3.

FIORI,J.L.(1984)."Conjuntura e ciclo na dinâmica de um Estado Periférico", Tese de Doutoramento, USP.

FIORI,J.L.(1990)."Cenários políticos brasileiros para a década de noventa", in: São Paulo no limiar do século XXI, IE/UNICAMP.

FIORI,J.L.(1990a)."Para repensar o papel do Estado sem ser um neoliberal", mimeo.

FIORI,J.L.(1990b)."Para uma crítica da teoria latino-americana do Estado" (I e II), Rev.SÍNTESE.NOVA FASE, nos. 50 e 51.

FIORI,J.L.(1991)."Reforma ou Sucata. O dilema estratégico do Setor Público Brasileiro". ECONOMIA DO SETOR PÚBLICO. Textos para Discussão, no. 4, IESP/FUNDAP, S.P.

FIORI,J.L.(1992) "A Política Social do Governo Collor", Série de Estudos em Saúde Coletiva no.003, Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

FIORI,J.L. (1992a). "O paradoxo político da reforma liberal", Rev.Lua Nova, São Paulo, CEDEC, no.25.

FIORI,José Luis-COORD.(1992b)."Ajuste Econômico, condições de vida e políticas sociais. O dilema brasileiro num contexto comparativo".Projeto de Pesquisa. Sub- projeto: "Políticas Sociais e Ajustes econômicos na Am. Latina", Laura Tavares.

FIORI,J.L. (1992c). "O desafio político-econômico brasileiro no contexto latinoamericano". Trabalho apresentado no 9o.Congresso Nacional de Sociólogos e Seminário Latinoamericano de Sociologia, S.P.; publicado em Série de Estudos em Saúde Coletiva, no.013, Instituto de Medicina Social/UERJ, outubro/1992.

FIORI,J.L. (1993). "Ajuste, Transición y Governabilidad: el enigma brasilero", BID, Washington D.C., mimeo.

FIORI,J.L. (1993a). "Globalização, Estados Nacionais e Políticas Públicas", Série de Estudos em Saúde Coletiva, no.013, Instituto de Medicina Social/UERJ, dezembro/1993.

FIORI,J.L. (1993b). "Para uma Economia Política do Estado brasileiro", Série de Estudos em Saúde Coletiva, no.041, Instituto de Medicina Social/UERJ, maio/1993.

FIORI,J.L. (1994). "Debate sobre o ponto crítico/Consenso de Washington x Apartheid Social", Série de Estudos em Saúde Coletiva, no.090, Instituto de Medicina Social/UERJ, junho/1994.

FIORI,J.L. (1994a). "Ajuste, Transição e Governabilidade: o enigma brasileiro", TD/IESP, no.16, S.P.

FLAÑO,N.(1990)."El papel de los Fondos de Desarrollo Social en la conyuntura económica actual", in "Seminario Internacional sobre Fondos de Desarrollo Social", Stgo.Chile.

Folha de São Paulo(1990)."Chile privatiza sistema de Previdência com sucesso".

FOLHA DE SÃO PAULO(1990/91) Artigos Inacio Rangel.

FOX,M.L. and MORLEY,S.A.(1991)."Who paid the bill? Adjustment and poverty in Brazil 1980-95".WORKING PAPERS 648, WORLD DEVELOPMENT REPORT, THE WORLD BANK.

FRANCO,R. E COHEN,E.(1992)."Erradicación de la Pobreza: desafio para los noventa", ILPES/OEA, mimeo.

FUNDAP(1991)."Saúde e Previdência". Doc. de Trabalho n.5, SP.

FUNDAP/IESP (1993). "Aspectos Institucionais dos Fundos Sociais e o Comportamento das Transferências para os Estados e Municípios: 1980 -1992". Relatório no. 1. Projeto: Balanços e Perspectivas do Federalismo Fiscal no Brasil. Sub-Projeto 1.5: Canais de Acesso aos Fundos Públicos na Área Social.

FURTADO,Celso y ROJO,L.A.(1982)."El retorno de la ortodoxia".Rev. PENSAMIENTO IBEROAMERICANO. Rev. de Economia Política, n.1.

GARCIA,N.E.(1991)."Reestruturacción Economica y Mercado de Trabajo en Am Latina", PREALC/OIT, B.Aires.

GONZALEZ,N.(1982)."Ortodoxia y apertura en América Latina: distintos casos y politicas", in: "El retorno a la ortodoxia", REV.PENSAMIENTO IBEROAMERICANO, no.1.

GLADE,W.(1990)."La privatización en sociedades rentistas". Cuadernos del CLAEH, n.55.

HABERMAS,J.(1987)."A nova intransparência. A crise do Estado de Bem -estar Social e o esgotamento das energias utópicas". Rev. NOVOS ESTUDOS, n.18.

HANDELMAN, H.; BAER Werner(eds.)(1989). "Paying the costs of austerity in Latin America", Boulder Co., West View Press.

HENRIQUE,W.(1993) "As Políticas Sociais na crise", in "Crise brasileira, anos oitenta e Governo Collor", Departamento de Estudos Socio-Econômicos e Políticos da CUT-DESEP e Instituto Cajamar-INCA, S.P.

HIRSCHMAN,A.(1983)."La estrategia de desarrollo económico: una reevaluación",IN: Colección ESTUDIOS CIEPLAN,n.10.

HUERTA,A.(1992)."Riesgos del Modelo Neoliberal Mexicano", Ed.Diana, México.

HUERTA,A.(1992a)."Liberalización e Inestabilidad Económica en México", Fac.de Economia-UNAM y Ed.Diana, México.

IE/UNICAMP(1992)"Pesquisa sobre a Pobreza no Brasil. \Núcleo de Economia Urbana e Social.

IEI/UFRJ. Sub-projeto de pesquisa: O problema da gestão institucionalde um orçamento social unificado, Projeto de Pesquisa.

IESP/FUNDAP(1992)."Privatização no Governo Collor (1990-1991): Balanço e exame crítico a partir da experiência latino -americana",São Paulo.

IGLESIAS,A. y ACUÑA,R.(1991)."Sistema de pensiones en Am. Lat. Chile: experiencia con un régimen de capitalización 1981-1991", CEPAL/PNUD.

IGLESIAS,E."La dificil inserción internacional de Am. Lat.", ; IN: "La encrucijada de los noventa. America Latina." Rev. PENSAMIENTO IBEROAMERICANO, Rev. de Economia Política.

INAE-Instituto Nacional de Altos Estudos(1991).IV FORUM NACIONAL, RJ: Painel V: A Estratégia Social: crescimento com redistribuição e reformas: a) Mobilidade de renda no Brasil: 1981/1989. R.P.de BARROS (IPEA), L.RAMOS (IPEA), J.REIS IBGE); b) A Estratégia social: concepção geral. R.C.de ALBUQUERQUE.(INAE); c) Políticas de Redistribuição de Renda e

de combate à pobreza. H.TOLOSA (IPEA); d) Mobilidade Social. J.Pastore e H. ZYLBERSTAJAN (USP) e) Crescimento demográfico e migrações: tendências e opções. M.COSTA (IPEA); f)Condicionantes econômicos e políticos da estratégia social. R.C.ALBUQUERQUE (INAE) e R.VILELA (IPEA)

INSS(1991)."Planos de custeio e benefícios da Previdência Social." Brasília.

INSS(1991)."Regulamento dos benefícios da Previdência Social.Brasília.

INTERAMERICAN DEVELOPMENT BANK(1990). "Economic and Social Progress in America Latina", Report.

INTERNATIONAL MONETARY FUND(1987)."Theoretical aspects of the design of Fund supported adjustment programs", Washington.OECD(1980)."The Welfare State in crisis", Paris.

IPEA (1993) "O Mapa da Fome: subsídios à formulação de uma Política de Segurança Alimentar", Documento de Política no.14.

IPEA (1993a) "O Mapa da Fome II: Informações sobre a Indigência por Municípios da Federação", Documento de Política no.15.,Ana Maria T.M.Peliano, coord.

IPEA (1993b) "O Mapa da Criança: a indigência entre as crianças e os adolescentes", Documento de Política no.19, Ana Maria T.M.Peliano coord.

JORNAL DO BRASIL(1991)."Brasil perde o trem da recuperação na Am.Lat."

KAHLER,M. (1992). "Orthodoxy and its alternatives: explining approaches to stabilizaztion and adjustment", In Nelson (org.), *Economic Crisis an Policy Choice.*

KLIKSBERG,B.(s/d) "Crisis economica, democratización y administración pública" Rev. Adm. y Desarrollo, n.22.

KLIKSBERG,B.(1993) "La escalada de la pobreza en América Latina", in "Pobreza: un tema impostergable. Nuevas respuestas a nivel mundial", CLAD/FONDO DE CULTURA ECONOMICA/PNUD.

KONDER, CASTRO, GONZALEA(1991)."Novos Planos de Benefícios e custeio da Previdência Social. Impactos imediatos", Rev. PREVIDENCIA EM DADOS, RJ, 6(3).

LABRA,M.E.(1994)."Politica, Medicina e Interesses en Chile: impactos de la privatización y la municipalización en el asociacionismo sectorial", Série Estudos no.2, ENSP/FIOCRUZ, R.J.

LAGOS,R.(1986)."Efectos sociales de la crisis económica", CEPAL, mimeo.

LARRAIN,F.-SELOWSKY,M.(1990)."El sector publico y la crisis de la América Latina" (compiladores). Fondo de Cultura Económica, México.

LAURELL,A.C.(1991)."La politica social en la crisis: una alternativa para el sector Salud", Documentos de Trabajo, Fund.FIEDRICH EBERT, México.

LAURELL,A.C.(1992)."Avanzar al pasado: la politica social del neoliberalismo", in "Estado y Politicas Sociales en el neoliberalismo", Fund.FRIEDRICH EBERT STIFUNG, México.

LAURELL,A.C.(1992a)."La politica social en el proyecto neoliberal. Necesidades económicas y realidades socio-politicas". Cuadernos Medico-Sociales, no. 60, México.

LAURELL,A.C.(1992b)."Pronasol: politica social o reestructuración corporativa?", REV.CONYUNTURA, NO. 21, Balance 1991, México.

LEVCOVITZ,E.(1993) "A Capacidade Operativa da Rede Assistencial do SUS", Série Estudos em Saúde Coletiva no.066, Instituto de Medicina Social da UERJ.

LICHTENSZTEJN,S. E BAER,M. (1987). "Fundo Monetário Internacional e Banco Mundial. Estratégias e Políticas do Poder Financeiro", Ed.Brasiliense, São Paulo.

LICHTENSZTEJN,S. e BAER,M.(1987)."Fundo Monetário Internacional e Banco Mundial. Estratégias e Políticas do poder financeiro".Ed. Brasiliense.

LIZANA,D.M.R.(1993)."El financiamiento en los procesos de descentralización", Rev.de la CEPAL, no.50.

LOPES,J.B. e GOTTSCHALK,A.(1990)."Recessão, Pobreza e Família: a década pior do que perdida. Rev. SÃO PAULO EM PERSPECTIVA, v.4,n.1.

LUSTOSA,T.E FIGUEIREDO,J.(1990)."Pobreza no Brasil:métodos de análise e resultados. Rev. PESQUISA E PLANEJAMENTO ECONÔMICO, RJ, v.20, n.2.

MARCEL,M. e ARENAS,A.(1991)."Reformas a la Seguridad Social en Chile". Série Monografias do BID, Washington D.C.

MARSHALL,A.(s/d)."Políticas Sociales: el modelo neoliberal. Argentina (1976-1983)", FLACSO/LEGASA, Buenos Aires.

MARQUES, Rosa M(1992)."Previdência Social: a nova legislação e as propostas de reforma de govêrno".Textos para disc. n. 4, IESP/FUNDAP.

MEDICI,A. E MARQUES,R.M.(1994) "Saúde: entre gastos e resultados", mimeo.

MEDICI,A.(1992)."A Reforma Fiscal e o Financiamento do Setor Saúde no Brasil". SP,texto mimeo p/ o Minist. da Saúde.

MÉDICI,A.;MARQUES,R.M.;SILVA,S.L.C.(1993)."Política Social",IESP/FUNDAP.

MÉDICI,A.C. (1993a) "Aspectos Federativos das Políticas de Saúde no Brasil: Canais Regionais de acesso e mecanismos de financiamento", relatório do projeto de pesquisa "Balanço e Perspectivas do federalismo fiscal no Brasil", sub-projeto "Canais de acesso aos fundos públicos na área social", IESP/FUNDAP, São Paulo, outubro de 1993.

MÉDICI,A.C. E MARQUES,R.M. (1994)."Financiamento, Gasto e Desempenho da Previdência Social em 1993", Nota Técnica no.6, IESP/FUNDAP.

MEDICI,A.C. E OLIVEIRA,F.E.B.(1992) "A dimensão do Setor Saúde no Brasil", IPEA, Relatório interno no.04/92, Diretoria de Pesquisa.

MÉDICI,A.C.(1994) "A Dinâmica do Gasto Social no Brasil nas três esferas de governo: uma análise do período 1980-92", Projeto "Balanços e Perspectivas do Federalismo Fiscal no Brasil", Sub -Projeto "Canais de Acesso aos Fundos Públicos na Área Social", IESP/FUNDAP, S.P.

MÉDICI,A.C., MARQUES,R.M.(1994). "O Fundo Social de Emergência e o financiamento da política social no biênio 1994/1995", Nota Técnica no.5, IESP/FUNDAP, maio/94.

MELLER,P.(1983)."Una reflexión crítica en torno al modelo economico chileno",IN: Colección ESTUDIOS CIEPLAN, n.10.

MESA-LAGO, C.(s/d.)."Social Security in Latin America. Pressure Groups, stratification and inequality". University of Pittsburgh Press.

MESA-LAGO, C.(1985)."El desarrollo de la seguridad social en América Latina", in CEPAL, Estudios e Informes, no.43, Stgo., Chile.

MESA-LAGO, C.(1986)."La crisis de la Seguridad Social y la atención a la Salud", Fondo de Cultura Económica, México.

MESA-LAGO, C.(1989)."Financiamiento de la atención a la salud en América Latina y el Caribe, con focalización en el Seguro Social", Banco Mundial, Washington D.C.

MC.GREEVEY(1990)."Social Security in Latin America. Issues and options of the World Bank", World Bank Discussion Papers, Washington.

MC.GREEVEY(1990a)."Politicas de Ajuste y Fondos de Desarrollo Social", in "Seminario Internacional sobre Fondos de Desarrollo Social", Stgo.Chile.

MOLINA,Sergio(1982)."La pobreza. Descripción y analisis de politicas para superarla", Rev. de la CEPAL.

MPAS/CEPAL(1989). Projeto: "A Política Social em tempo de crise: articulação institucional e descentralização", Vol. I: Reflexões sobre a natureza do Bem-Estar; vol II: Financiamento das Políticas Sociais no Brasil; vol III: Avaliação das Políticas Sociais Brasileiras; Brasília.

NACIONES UNIDAS/CEPAL (1984). "Estabilización y liberalización economica en el cono sur", Estudios e Informes de la CEPAL no.38, Santiago de Chile.

NACIONES UNIDAS/CEPAL (1984a). "Politicas de Ajuste y Renegociación de la deuda externa en America Latina", Cuadernos de la CEPAL, Santiago de Chile.

NEEP/UNICAMP(1987)."Relatórios sobre a situação social do Brasil".

NEEP/UNICAMP(1993). "Previdência e Assistência Social", Relatório Final, CEPAL/MPAS/NEPP, mimeo, set/1993.

NEPP/UNICAMP (1994) "Estratégias para combater a pobreza no Brasil: programas, instituições e recursos". Relatório Final. Estudo Nacional integrante da pesquisa "Estrategias para combatir la pobreza en America Latina: Programas, instituciones y recursos", CIEPLAN," Proyeto Centros de Investigación Económica Aplicada",BID.

NORONHA,J.C. E LEVCOVITZ,E.(1994), "AIS-SUDS-SUS: Os caminhos do direito à saúde", in "Saúde e Sociedade no Brasil: anos 80", org. Reinaldo Guimarães e Ricardo A.W.Tavares, Ed. Relume Dumará, Rio de Janeiro.

O'DONNEL,G.-SCHMITTER, P."Work Plan for the sudy of puclic policy in Latin America".

OIT(1967)."La seguridad social en las Americas", México/Ginebra.

OLIVEIRA, G.(1990)."Estabilização e distribuição da renda: rompendo o círculo vicioso. Rev. NOVOS ESTUDOS CEBRAP, n.26.

OLIVEIRA,F.de.(1988)."O surgimento do antivalor. Capital, Força de Trabalho e Fundo Público".NOVOS ESTUDOS CEBRAP, n.22.

ORTÚZAR,P.(1986)."El nuevo sistema previsional y la situación de los trabajadores más pobres", ODEPLAN, mimeo.

PELIANO,A.M.T.M., coord.(1994). "Um balanço das ações de governo no combate à fome e à Miséria - 1993", IPEA.

PEREIRA,P.(1993) "A década de 80 revisitada", in O Brasil Social: realidade,desafios e opções, IPEA,RJ.

PEREZ,C.J.S.(1992)."El sistema mexicano de pensiones", in: Sistema de Pensiones en América Latina: diagnóstico y alternativas de reforma, vol.2, CEPAL/PNUD, Stgo.Chile.

PINTO,A.(1985)."Inflación, raices estructurales". Fondo de Cultura Económica, México.

PINTO,A.(1991)."América Latina: una visión estructuralista", Colección América Latina, Fac.Economia UNAM, México.

"Plano de Combate à Fome e à Miséria. Princípios, Prioridades e Mapa das Ações de Governo", mimeo, abril 1993.

PNUD(1990)."Desarrollo Humano", Informe 1990.

PNUD(1990a)."Desarrollo sin pobreza", documento apresentado à 1a. Conferência Regional sobre a pobreza na América Latina e o Caribe, Quito-Equador.

POSSAS,C.(1992)."La protección social en América Latina. Algunas reflexiones", in:"Estado y Políticas Sociales en América Latina", S.F.Teixeira (org.), UNIVERSIDAD AUTONOMA METROPOLITANA/ENSP/FIOCRUZ, México.

POZO,H.e VERGARA,P.(1990)."Politicas Sociales y extrema pobreza en Chile. Rev. PROPOSICIONES , n.18.

PREALC/OIT (1987). "Ajuste y Deuda Social. Un enfoque estructural".TAVARES,M.C. (1992). "Ajuste e reestruturação nos países centrais: a modernização conservadora", Rev.Economia e Sociedade, Instituto de Economia da UNICAMP, no.1.

PREALC/OIT(1990)."Deuda Social:Esquema de diagnóstico y de recuperación".

PREBISH,R.(1979)."Las teorias neoclasicas del liberalismo económico", Rev. de la CEPAL, no. 7.

PREBISH,R.(1982)."Un recodo histórico en la periferia latinoamericana". Rev. de la CEPAL.

RACZYNSKI,D.(1983)."Reformas del sector salud: dialogos y debates" . COLECCION ESTUDIOS CIEPLAN, n. 10.

RACZYNSKI,D.(1987)."Politica Social, pobreza y grupos vulnerables: la infancia en Chile", in G.A.Cornia; R.Jolly y F.Stewiet (comps.)"Ajuste con rostro humano, vol.II, Siglo XXI de España Ed.

RACZYNSKI,D. Y COMINETI(1992)."Las politicas sociales en Chile: panorama de sus reformas", CEPAL, Stgo.Chile, mimeo.

Rev.Município e Saúde (1993). "Segurança Alimentar e Saúde", ano I, no2, jul/dez.1993.

REVISTA DE LA CEPAL(1987)."Estado e Planejamento na Am. Latina", vários autores,n.31 (no. especial).

REZENDE,F.(1992)."O Financiamento da Saúde no marco das propostas de Reforma do Estado e do Sistema Tributário brasileiro".ANAIS IX CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAUDE.

ROCHA,S.(1991) "Pobreza Metropolitana: balanço de uma década", in:"Perspectivas da economia brasileira", IPEA.

ROCHA,S.(1992) "Pobreza no Brasil: parâmetros básicos e resultados empíricos", Pesq.Plan.Econ., v.22,n.3, Rio de Janeiro.

ROCHA,S. E TOLOSA,H.(1989). "Pobreza metropolitana e políticas sociais", in Perspectivas da Economia Brasileira, IPEA/INPES.

ROCHA,S. E TOLOSA,H.C.(1993a) "Núcleo-Periferia metropolitana: diferenciais de renda e pobreza", in VELLOSO,J.P.R. E ALBUQUERQUE,R.C. "Pobreza e Mobilidade Social", Forum Nacional, As bases do desenvolvimento moderno, Ed.Nobel, SP.

ROCHA,S.E TOLOSA,H.C.(1993) "Políticas de combate à pobreza: experiências e equívocos", in VELLOSO,J.P.R. E ALBUQUERQUE,R.C. "Pobreza e Mobilidade Social", Forum Nacional, As bases do desenvolvimento moderno, Ed.Nobel, SP.

RODRIGUES,M.C.P.(1993) "Os pobres e os ricos do Brasil", Rev. Conjuntura Econômica.

ROSENTHAL,G. "Am. Latina y el Caribe: bases de una agenda de desarrollo para los años noventa",IN: "La encrucijada de los noventa. Am. Latina." Rev. PENSAMIENTO IBEROAMERICANO.PENSAMIENTO IBEROAMERICANO,Rev.,"Figuras y Pensamiento": "La inversión en recursos humanos, salud, nutrición y desarrollo para el decenio de 1990", G.A. CORNIA; "El desarrollo humano: razones para reafirmar su importancia" K.GRIFFIN y J.KNIGHT; "El desarrollo como expansión de la capacidad" ,A.SEN; IN: "Grupo de trabajo sobre desarrollo de los recursos humanos del comité de planificación del desarrollo".s/d.

SALAZAR,P.H.M.(1991)."Factibilidad y viabilidad financiera y administrativa de la seguridad social en México: el caso del IMSS", in: LAURELL,A.C.(coord.), "La politica social en la crisis: una alternativa para el sector Salud", Fund.FIEDRICH EBERT, México.

SANTOS,W.G. (1987) "Cidadania e justiça: a política social na ordem brasileira", 2a.ed., R.J., Ed.Campus.

SANTOS,W.G.dos(1989). "A trágica condição da Política Social" in "Política Social e combate à Pobreza", Jorge Zahar Ed., 2a. ed.

SMOLKA,M.A. e CARVALHO,M.A.(1986)."As Estatísticas Previdenciárias: uma revisão crítica. Rev. Brasil. de Estatística, RJ,47(185).

SOARES,Laura TAVARES e DAVANZO,Aurea.(1991)."A crise do "Welfare State" Trabalho apresentado à disciplina Teoria do Estado, Doutorado de Economia, IE/UNICAMP.

SOARES,L.TAVARES (1993)."Previdência Social em São Paulo", Rev.São Paulo em Perspectiva, F.SEADE, S.P.

SOARES,L.TAVARES e MARQUES, R.M.(1994), "Previdência Social: São Paulo e Brasil na década dos 80", Texto para Discussão do IESP/FUNDAP, no.17.

SOARES,L.TAVARES (1994)."Sistemas Comparados de Seguridade Social na América Latina", Série Estudos em Saúde Coletiva no.079, Instituto de Medicina Social - UERJ.

SOARES TAVARES,L.;MEDICI,A. E MARQUES,R.M.(1994)."Saúde no contexto da Seguridade: dilemas de financiamento", Rev.CEBES.

SOCORRO,M.P. e BATISTA Jr. P.N.(1990)."Protecionismo dos países industrializados e suas implicações para a Am.Latina". Rev.NOVOS ESTUDOS, n.28.

SOUZA, P. Renato(1989)."Quem paga a conta? Dívida, Déficit e Inflação nos anos 80".Ed. Brasiliense, 1a. ed..

SOUZA,H.de (1987) "A Nova República e as políticas sociais", Rev.de Adm. Pública, R.J., 20(4).

SULBRANDT,Jose.(s/d)."El tamaño del sector publico en Am. Lat." Rev. Administración y Desarrollo n.26.

TAVARES,M.C.(1991)."Economia e felicidade".Rev. NOVOS ESTUDOS CEBRAP, n.30.

TAVARES,M.C.(1992)."Ajuste e Reestruturação nos Países Centrais", Rev.ECONOMIA E SOCIEDADE do Instituto de Economia da UNICAMP, no.1.

TAVARES,M.C.(1993)."Las Politicas de Ajuste en Brasil: los limites de la resistencia", BID, Washington.

TAVARES,M.C. E FIORI,J.L. (1993). "(Des)Ajuste global e modernização conservadora". Ed. Paz e Terra, Rio de Janeiro.

TAVARES,R. E MONTEIRO,M.(1994) "População e condições de vida", in "Saúde e Sociedade no Brasil: anos 80", org.Reinaldo Guimarães e Ricardo A.W.Tavares, Ed.Relume Dumará, RJ.

TEIXEIRA,A.(1990)."Do Seguro à Seguridade: a metamorfose inconclusa do sistema previdenciário brasileiro", UFRJ/IEI, texto para disc. 249.

TEIXEIRA,A.(1990a)."Contribuição à crítica dos economistas apolíticos", in: Aquarella do Brasil: ensaios Políticos e Econômicos sobre o governo Collor, Rio Fundo Ed., R.J.

TEIXEIRA,A. (1993). "O Ajuste Impossível. Um estudo sobre a desestruturação da Ordem Econômica Mundial e seu impacto sobre o Brasil". Tese de Doutoramento apresentada ao Instituto de Economia da UNICAMP.

TEIXEIRA,S.F.- org.(1992)."Estado y Políticas Sociales en América Latina", UNIVERSIDAD AUTONOMA METROPOLITANA/ENSP/FIOCRUZ, México.

TETELBOIN,H.C.(1992)."Chile: políticas neoliberales y salud", in LAURELL,A.C.(coord.) "Estado y Políticas Sociales en el neoliberalismo", Fund.FRIEDRICH EBERT, México.

THOUMI,F.E.(1991)."Apertura económica y financiamiento industrial en Colombia" Rev. Univ. EAFIT, n. 81.

TOLOSA,H.C.(1993). "A pobreza absoluta", in O Brasil Social: realidade, desafios e opções, IPEA, RJ.

TOLOSA,H.C.(1990)."Pobreza no Brasil: uma avaliação dos anos oitenta", mimeo.

V Encontro Nacional de Municipios(1986)."O Financiamento dos Programas Sociais.IPEA/IPLAN(1989)."A Conta Social revisitada. 1980/87", Acompanhamento de Políticas Públicas, n.11.

VELASQUEZ,M.(1991)."(Des)regulación del mercado de trabajo en Chile: efectos y evidencias", Instituto Internacional de Estudios Laborales.

VIANA,A.L.D. e ARRETCHE,M.T.S.(1992)."Bolívia: desafios e possibilidades em termos de política social", in: Reformas de Políticas para aumentar a efetividade do Estado na América Latina, CEPAL.

VIANNA, M.L.T.W. E SILVA,B.A. (1989)."Interpretação e avaliação da Política Social no Brasil: uma bibliografia comentada", in MPAS/CEPAL "A Política social em tempo de crise: articulação institucional e decentralização. Reflexões sobre a natureza do bem -estar", Brasília.

VIANNA,M.L.W.(1988)."A emergente temática da Política Social na bibliografia brasileira", R.J., mimeo.

VIANNA,M.L.T.W.(1990). "Salve-se quem puder! (Reflexões sobre a Política Social no Projeto Collor", in "Aquarella do Brasil: ensaios políticos e econômicos sobre o governo Collor", Rio Fundo Ed., R.J.

VIANNA,S.M. E MÉDICI,A.C.(1992). "O Financiamento do Setor Saúde: conjuntura e perspectivas para 1993", Brasília, D.F., mimeo.

VIANNA,S.M.(1992)."A Seguridade Social, o Sistema Único de Saúde e a partilha de recursos" Rev. SAUDE E SOCIEDADE, v.1., n.1.

VILLAREAL,R.(1984)."A contra-revolução monetarista", Ed.Record.