



CRISE ECONOMICA E POLITICAS SOCIAIS:  
A QUESTÃO DA SAÚDE NO BRASIL

ANDRÉ CEZAR MEDICI

Tese de mestrado apresentada  
ao Instituto de Economia da  
Universidade Estadual de  
Campinas (UNICAMP) sob a  
orientação do Prof. Dr.  
Cláudio L. Salm.

CAMPINAS (SP)  
1988

9406963

A memória de  
MARIA JOSE MEDICI

A meus pais,

A Fátima e Camila, que  
no cotidiano realimentam  
as minhas utopias.

## AGRADECIMENTOS

Uma tese individual é sempre fruto de um trabalho coletivo. E quanto mais dilatado é seu prazo para defesa, mais coletivo é o trabalho incorporado na sua confecção.

Demorei, praticamente, nove anos para apresentar esta tese de mestrado. Nesse meio tempo, muitas experiências, amizades e interesses distintos percorreram a minha vida. Muitos desses elementos são indissociáveis do conjunto do material contido nessa dissertação, especialmente, as contribuições dadas pelos amigos. Cláudio Salm foi muito mais que um orientador. Participamos em conjunto, de uma grande experiência, no IBGE, sobre a montagem de estatísticas sociais integradas a um sistema de planejamento. Sua paciência foi infinita em aceitar vários projetos de tese anteriores que nunca passaram da metade do caminho. De nossas conversas e reuniões de trabalho, tirei muitos elementos importantes para montar o referencial teórico e metodológico no tratamento das políticas sociais.

Não menos importante foi a contribuição, no trabalho ou "nos bares da vida", de amigos como Tico, Jorge Natal, Gisálio, Gislene, Grillo, Gerson, Zé Malcher, George Kornis, Luiz Carlos, Luiz Antônio, Celso, Luiz Guilherme e muitos outros que me estimularam a continuar perseguindo o esforço de realizar esta monografia, coisa que, em certa altura do campeonato, eu já não sabia se valia a pena.

Contei, também, com a tolerância dos diversos Chefes de Departamento e coordenadores da pós-graduação do Instituto de Economia da UNICAMP, que sempre foram benevolentes em entender minhas dificuldades de tempo e dilatar o prazo de defesa de tese. A professora Maria da Conceição Tavares, ao possibilitar minha transferência para o IEI/UFPRJ, concedeu-me um precioso tempo para reflexão, sem o qual eu não teria terminado esta monografia.

Fátima e Camila tem sido muito pacientes face as privações que impus, particularmente nestes dois últimos meses, onde redigi a maior parte desta monografia.

No campo da minha inserção na área de saúde, sou grato, antes de tudo a Marília Marques Bernardes, que além de propiciar meu primeiro emprego no ramo como professor do curso de mestrado da ENSP, praticamente me "alfabetizou" no tema, através das conversas que tínhamos antes e depois das aulas. Na área de saúde desenvolvi importantes relações de trabalho e amizade. Roberto Nogueira tem sido um companheiro de muitas jornadas de trabalho e investigação, especialmente na área de mercado de trabalho em saúde. Pedro Luiz, Solón e Piola tem sido importantes parceiros nesta árdua tarefa de estar "up to date" com as informações e interpretações relacionadas a economia e financiamento do setor saúde no Brasil. Desenvolvemos muitos trabalhos em conjunto, e muitas das concepções que tenho sobre o assunto pertencem mais a eles do que a mim. As conversas e aulas

que tive com os Professores Fernando Rezende e Sulamis Dain também contribuíram muito nesse sentido.

Marco Antônio Souza Aguiar, ao longo destes muitos anos que nos conhecemos tem sido quase um irmão. Temos trabalhado e estudado em conjunto os temas mais diversos; desde metodologia de pesquisa até economia brasileira e previdência social, mas sempre com muito fair-play: brincamos com seriedade ao mesmo tempo em que trabalhamos brincando.

As amizades que mantenho com Sonia Fleury, Paulo Buss, Cristina Possas, Eduardo Fagnani e, recentemente, José Luiz Fiori e Maria Lúcia Werneck Vianna, bem como as relações de trabalho e amizade no Núcleo de Recursos Humanos do DAPS/ENSP/FIOCRUZ, tem me estimulado a continuar na luta coletiva pela construção da cidadania social no Brasil.

Neste particular, o trabalho que vem sendo realizado por Sérgio Arouca e Hésio Cordeiro increve-se numa das maiores contribuições que vem sendo dadas à causa da saúde coletiva em nosso país. A eles, também grandes amigos, dedico esta monografia, pelo importante papel que ambos desempenham na construção da utopia sanitária.

A escolha da área de saúde, para efeitos dessa monografia, não é casual. Já fazem sete anos que venho participando de pesquisas, lecionando, trabalhando em órgãos públicos, conselhos e comissões do Governo vinculadas ao tema. A construção de uma cidadania social plena, onde se incluem as bandeiras da Reforma Sanitária, é um dos passos necessários, ao meu ver, para construção de uma democracia substantiva no Brasil. Faço meus, portanto, os votos de Hésio Cordeiro ao deixar a Presidência do INAMPS, sobre a necessidade de continuar na defesa "intransigente" dos Princípios da Reforma Sanitária Brasileira, sem deixar, no entanto, que essa intransigência obscureça a razão.

ANDRÉ CEZAR MEDICI

## SUMARIO

Agradecimentos (p.ii)

Sumário (p.iv)

INTRODUÇÃO (p.1)

Notas da Introdução.(p.20)

CAPITULO I - SAÚDE E CRISE NA AMÉRICA LATINA (p.23)

I.1 - Limites Estruturais ao Financiamento das Políticas Sociais na América Latina: O paradigma do Welfare State (p.24)

I.1.1 - O Desenvolvimento da Cidadania Social (p.26)

I.1.2 - A Crise do Welfare State (p.29)

I.1.3 - As Políticas Sociais na América Latina (p.32)

I.2 - A Crise Econômica na América Latina (p.38)

I.2.1 - Os Impactos da Crise Econômica no Volume de Gastos e no Nível de Saúde dos Países Latino-Americanos (p.44)

I.3 - Crise e Sistemas de Saúde na Argentina (p.46)

I.3.1 - A Estrutura Gerencial do Setor Saúde na Argentina (p.48)

I.3.2.- A Estrutura do Financiamento à Saúde na Argentina (p.49)

I.3.3 - O Papel das Corporações (p.53)

I.3.4 - O Caminho para Uma Maior Equidade: Avanços e Bloqueios (p.55)

I.4 - O Financiamento da Saúde no Chile (p.59)

I.4.1 - As Reformas do Sistema de atenção à Saúde (p.61)

I.4.2 - As Despesas com Saúde: O Contexto da Crise (p.65)

- I.5 - Aspectos Institucionais do Financiamento das Políticas de Saúde na Colômbia (p.67)
- I.6 - As Reformas Estruturais do Sistema de Saúde Mexicano (p.69)
  - I.6.1 - Aspectos Gerais do Sistema de Saúde (p.69)
  - I.6.2 - Reformas Estruturais (p.71)
- I.7 - A Multiplicidade do Sistema de saúde Uruguaio (p.75)
  - I.7.1 - Aspectos Gerais (p.75)
  - I.7.2 - O Financiamento dos Gastos com Saúde nos Anos Oitenta (p.77)
  - I.7.3 - Perspectivas (p.78)
- I.8 - Costa Rica: Os Efeitos da Crise num dos Melhores Sistemas de Saúde da América Latina (p.79)
  - I.8.1 - O Desempenho do Sistema (p.81)
  - I.8.2 - Financiamento (p.81)
  - I.8.3 - Os Impactos da Crise nos Mecanismos de Financiamento (p.83)
- I.9 - Considerações Finais (p.84)
- Notas do Capítulo I (p.88)

## CAPITULO II - A CRISE ECONOMICA E SEUS IMPACTOS SOCIAIS (p.95)

- II.1 - Introdução (p.96)
- II.2 - Os Antecedentes da Crise Econômica (p.96)
  - II.2.1 - O Milagre Econômico Brasileiro (p.96)
  - II.2.2 - A Economia Brasileira entre 1974 e 1980 (p.97)
  - II.2.3 - A Política Econômica do Período 1974-1980 (p.100)
- II.3 - A Crise Explícita: 1981-1984 (p.106)
  - II.3.1 - A Política Salarial ao Longo da Crise (p.110)
  - II.3.2 - Os Efeitos da Crise Econômica no Comportamento dos Níveis de Emprego (p.114)

- II.3.3 - O Comportamento dos Salários e dos Rendimentos ao Longo da Crise (p.118)
- II.3.4 - Os Efeitos da Crise nas Receitas e nos Gastos do Governo (p.120)
- II.4 - A Efêmera Recuperação dos Anos 1985 e 1986 (p.125)
  - II.4.1 - O Plano Cruzado (p.130)
  - II.4.2 - As Receitas e os Gastos Sociais do Governo na Nova República (p.133)
- II.5 - A Economia Brasileira em 1987 (p.136)
  - II.5.1 - Inflação e Salários (p.137)
  - II.5.2 - Evolução da Massa de Rendimentos e da Massa de Salários (p.142)
  - II.5.3 - Produto e Emprego (p.144)
  - II.5.4 - Relações com o Exterior (p.148)
  - II.5.5 - Setor Financeiro (p.152)
  - II.5.6 - Finanças Públicas (p.153)
- II.6 - Perspectivas para 1988 (p.156)
- Notas do Capítulo II (p.158)

### CAPITULO III - OS EFEITOS DA CRISE NO SETOR SAÚDE (p.162)

- III.1 - Os Mecanismos de Financiamento do Setor Saúde no Brasil (p.163)
- III.2 - Limites Estruturais e Conjunturais dos Mecanismos de Financiamento das Políticas de Saúde (p.171)
  - III.2.1 - Os Limites Relativos ao Orçamento Fiscal da União (p.174)
  - III.2.2 - Os Limites Relativos aos Recursos do FPAS (p.175)
  - III.2.3 - Os Limites Relativos aos Recursos do FAS (p.176)
  - III.2.4 - Os Limites Relativos aos Recursos dos Estados e Municípios (p.177)
- III.3 - As Políticas de Saúde e os Mecanismos de Ajuste

- Frente a Crise (p.179)
- III.3.1 - Medidas de Ajuste no Campo da Receita (p.179)
    - A) - A Criação do FINSOCIAL (p.179)
    - B) - Medidas no Ambito da Previdência Social (p.181)
    - C) - Outras Medidas Complementares no Ambito das Receitas do SINPAS (p.182)
  - III.3.2 - Medidas de Ajuste no Campo da Despesa (p.183)
  - III.4 - O Gasto em Saúde no Contexto da Crise (p.184)
    - III.4.1 - O Gasto Federal em Saúde no Brasil (p.185)
    - III.4.2 - O Gasto Federal em Saúde por Sub-programas (p.187)
    - III.4.3 - Comentários sobre o gasto do INAMPS (p.188)
    - III.4.4 - Comentários sobre o gasto do FAS e do FINSOCIAL (p.190)
    - III.4.5 - O Gasto em Saúde por Categoria Econômica (p.191)
    - III.4.6 - O Gasto em Saúde ao Nivel Estadual e Municipal (p.194)
  - III.5 - O Emprego em Saúde na Crise (p.195)
  - III.6 - Impactos das Estratégias de Ajuste na Cobertura dos Serviços (p.198)
    - III.6.1 - O Crescimento da Capacidade Instalada (p.199)
    - III.6.2 - O Crescimento da Capacidade Instalada ao Nivel Regional (p.201)
    - III.6.3 - A Natureza da Rede Conveniada com o INAMPS (p.202)
    - III.6.4 - Evolução do Número de Leitos Hospitalares (p.203)
    - III.6.5 - A Cobertura dos Serviços (p.205)
  - III.7 - As Finanças da Previdência Social em 1987 (p.206)

- III.7.1 - As Mudanças no Comportamento das Receitas Previdenciárias (p.206)
- III.7.2 - A Anatomia das Contribuições Compulsórias (p.207)
- III.7.3 - Correlações Entre a Receita da Previdência Oriunda da Folha de Salários e a Massa Salarial (p.210)
- III.7.4 - O Comportamento das Despesas da Previdência Social (p.210)
- III.7.5 - As Despesas do SINPAS por Instituição (p.211)
- III.7.6 - As Despesas do SINPAS segundo a natureza do gasto (p.213)

Notas do Capítulo III (p.217)

EPILOGO: A CONSTRUÇÃO DA UTOPIA SANITARIA NO BRASIL (p.221)

Introdução (p.222)

O Financiamento da Saúde na Nova Carta Constitucional (p.229)

Considerações Finais (p.232)

Notas do Epilogo: (p.234)

BIBLIOGRAFIA (p.236)

ANEXO ESTATISTICO (p.249)

Lista de Tabelas (p.252)

"O espírito da época  
inceideia-se na  
colisão entre o  
pensamento histórico  
e o pensamento  
utópico"

(HABERMAS)

## INTRODUÇÃO

A Sociedade Ocidental contemporânea parece viver no seio de uma grande descrença quanto às suas perspectivas futuras. A esperança e o "sólido" otimismo construídos ao longo do crescimento econômico e social do pós-guerra até meados dos anos setenta "desmancham-se no ar" frente a crise da economia mundial que penetra os anos oitenta. A estabilidade cede lugar a incerteza, numa conjuntura onde, nas palavras de Habermas, "esgotaram-se as energias utópicas" (1).

O aumento do desemprego e os efeitos do ajuste à crise fiscal no gasto social permanecem mesmo quando as economias desenvolvidas se recuperam a partir de 1983. E o pior é que a instabilidade passa a ser uma ameaça quase constante ao crescimento. Como enfatiza recente relatório do Banco Mundial;

"A recuperação econômica iniciada em 1983 está declinando. Para os países industrializados enquanto grupo, o crescimento da produção chegou a 4,6% em 1984, depois caiu para 2,8% em 1985 e para uma estimativa de 2,5% em 1986. Persistem os desequilíbrios de pagamento entre as principais nações comerciais, assim como os problemas com a dívida em muitos países em desenvolvimento (...) alguns países industrializados fizeram bons progressos no tocante a redução de seus déficits fiscais..." (2).

A redução do déficit fiscal, no entanto, traz seqüelas tais como o aumento do descrédito e a redução da legitimidade do Estado. Na concepção de O'Connor (3) o Estado, ao desempenhar as funções contraditórias de "acumulação" e "legitimação", acaba por mistificar o real sentido de sua ação, transformando temas políticos em temas administrativos. Assim, a formulação e execução das políticas sociais - objeto de discussão junto a população, aos partidos e ao Congresso - passa cada vez mais a ser tema de natureza precipua do Executivo. Nas épocas de crescimento econômico, a expansão dos gastos permitiu aumentar a cobertura e os benefícios dos distintos programas sociais. Na crise recente, a retração dos gastos sociais passa a despir o caráter administrativo das políticas sociais trazendo à tona sua natureza eminentemente política, com o retorno mais intenso do conflito redistributivo.

Mas o "econômico" é apenas o lado visível, "explicado" ou racional da crise que se inaugura no período. Muitos outros aspectos mencionados mostram que ela vai muito além dos problemas resolvíveis pelo restabelecimento do equilíbrio econômico mundial. Nas palavras de Habermas;

"Há certamente bons motivos para o esgotamento das energias utópicas. As utopias clássicas traçaram as condições para uma vida digna do homem, para a felicidade socialmente organizada; as utopias sociais

fundidas no pensamento histórico - que interferem nos debates políticos desde o século XIX - despertam expectativas mais realistas. Elas apresentavam a ciência, a técnica e o planejamento como instrumentos promissores e seguros para um verdadeiro controle da natureza e da sociedade. Contudo, precisamente essa expectativa foi abalada por evidências massivas. A energia nuclear, a tecnologia de armamentos e o avanço no espaço, a pesquisa genética e a intervenção da biotecnologia no comportamento humano, a elaboração de informações, o processamento de dados e os novos meios de comunicação são técnicas de consequências intrinsecamente ambivalentes. E quanto mais complexos se tornam os sistemas necessitados de controle, tanto maiores as possibilidades de efeitos colaterais disfuncionais. Nós percebemos diariamente que as forças produtivas se transformam em forças destrutivas e que a capacidade de planejamento se transforma em potencial desagregador. Diante disso, não constitui surpresa que hoje ganhem influência, sobretudo, aquelas teorias desejosas de mostrar que as mesmas forças de incrementação do poder - das quais a modernidade extraiu outrora sua consciência e suas expectativas utópicas - na verdade transformaram autonomia em dependência, emancipação em opressão, racionalidade em irracionalidade." (4).

Com isso, cresce cada vez mais o volume das críticas a burocracia, aos mecanismos de centralização, ao planejamento e ao Estado. Na consciência social, esses elementos deixam de responder aos anseios de liberdade e satisfação das necessidades, apesar de terem surgido ou sido "explicados" como justificativa para solução desses mesmos anseios e necessidades.

Além dos efeitos permanentes que tais processos de crítica podem criar, altera-se a própria "percepção social" do valor ideológico do trabalho na sociedade. Para entender essa afirmação é importante compreender historicamente porquê na modernidade foi construída uma sociedade que se baseava na utopia de uma sociedade do trabalho.

Segundo Gramsci, o fordismo representou a época de ouro da valorização do trabalho na maturidade das sociedades modernas pois "assinálava exatamente a passagem do velho individualismo econômico para a economia programática" (5). No plano social o fordismo representava salários mais elevados e formas mais protegidas de convivência social pois retirava do horizonte imediato do trabalhador uma série de preocupações e incertezas prejudiciais a aprendizagem fabril e a produtividade.

Grande parte das utopias sociais, da liberal à social democrata/keynesiana, passando pelas próprias utopias dos movimentos dos trabalhadores, foram construídas sob a égide do sonho do pleno emprego, da segurança e proteção ao trabalhador. O trabalho fornecia a realização pessoal dos "socialmente úteis",

ao mesmo tempo em que permitia usufruto dos bens acessíveis numa sociedade de consumo de massas. O Estado garantia a segurança através das políticas sociais e a estabilidade econômica, seja pelo seu setor produtivo, seja pela sua capacidade de intervenção e regulação dos desequilíbrios do setor privado.

Nesse particular, as políticas sociais e as negociações coletivas envolvidas na barganha salarial administradas pelo Estado, eram formas permanentes de neutralização dos conflitos inerentes ao status de trabalhador assalariado. Para proteger os interesses capitalistas e mitigar as crises, e ao mesmo tempo proteger os interesses dos trabalhadores, mantendo o emprego e as políticas sociais, o Estado tinha que dispor de uma autonomia relativa bastante forte, o que só foi possível pelo estabelecimento de uma hegemonia ou de um "bloco no poder", que costurasse os interesses dos distintos segmentos e frações da burguesia monopolista com os segmentos assalariados, as camadas médias e a pequena burguesia não-monopolista. Esta autonomia deveria ser, no entanto, democraticamente legitimada, a partir da existência de partidos de massas que não só conduzissem o processo legislativo mas também tivessem seus interesses representados ao nível do executivo. Ao que parece, as delicadas condições que estabeleceram essas circunstâncias ocorreram nas democracias européias do pós-guerra até meados dos anos setenta.

Poulantzas, em trabalho elaborado em meados dos anos setenta, indicou alguns elementos constitutivos da crise do Welfare State nas suas determinações gerais (6):

a) - Com o advento da crise econômica, aumentam as contradições internas do bloco no poder, intensificando os conflitos redistributivos intra-lucros, lucros/salários e lucros/salários/tributos, além de aumentar a contradição capitais nacionais x capital internacional;

b) - Vários domínios marginais de intervenção estatal, como é o caso das políticas sociais (saúde, transporte, urbanismo, meio-ambiente, equipamentos coletivos como esgoto, saneamento, iluminação pública, etc.), transformam-se em movimentos de politização das massas, o que intensifica as lutas sociais e as demandas da população junto ao Estado pela melhor forma de consecução de tais políticas. Com a crise, a incapacidade crescente do Estado em atender tais demandas leva a deslegitimação dos mecanismos de Social Welfare criados na esfera pública e intensifica as características de ingovernabilidade das estruturas montadas para tal fim;

c) - O desenvolvimento desigual trazido pelo capitalismo e pelo papel do Estado, seja ao nível mundial, seja no espaço interno de cada nação, passa a criar focos regionais de contextação política do papel do Estado, reduzindo ainda mais a sua legitimidade nos distintos conjuntos nacionais;

d) - Na medida em que o Estado passa a ser identificado cada vez mais com a reprodução do capital ou com a reprodução

social do trabalho e manutenção das políticas sociais, qualquer sintoma de crise, mesmo que ocasionado por fatores externos ao funcionamento do Estado, passa a ser identificado como causa do mal funcionamento da máquina governamental, o que aumenta ainda mais o descrédito nas instituições públicas e intensifica a ruptura da solidariedade entre sociedade civil e Estado.

Mas voltemos aos elementos que indicam o descenso da valorização de uma sociedade do trabalho na ideologia contemporânea. Hoje, o ocidente desenvolvido defronta-se com um brutal aumento dos serviços tecnificados - quaternários - na estrutura de emprego, em conjunto com a redução relativa do peso da indústria na composição do mercado de trabalho. Não que o produto industrial tenha cessado de crescer, mas sim que a tecnologia e seus impactos na produtividade do trabalho tem permitido um declínio relativo do emprego industrial semelhante ao ocorrido na agricultura com a "revolução verde" da primeira metade do século. As ocupações modernas do terciário passam, recentemente por processos semelhantes de economia de trabalho, trazidos pela informática e pela maior velocidade dos meios de comunicação. O efeito conjunto desse processo passa a ser uma redução quase que permanente do nível de emprego (7).

A divisão técnica e social do trabalho chegou a limites nunca antes imaginados. A alienação oriunda da desqualificação, denunciada por Marx, dá lugar a uma alienação derivada da especialização excessiva. É como se fosse expropriado o saber do trabalhador (antes integral), desnudando-o de conhecimento, para depois organizar um novo saber especializado; muito mais complexo que o anterior, mas que ironicamente, não recompõe a integralidade de sua qualificação.

Ao que parece, a utopia de uma sociedade do trabalho não tem hoje os mesmos apelos de outrora. Pode-se supor que a exacerbação e a generalização dos fatores periféricos advindos do fordismo, (tais como a estabilidade e a segurança social) nos dias de hoje, trouxeram efeitos contrários na valorização social do trabalho enquanto relação essencial para o progresso.

Claus Offe (8) tem encontrado grandes indicações da força objetivamente decrescente de fatores como trabalho, produção e lucro na determinação e desenvolvimento da sociedade em geral. O próprio termo trabalho perde seu sentido geral e se circunscreve cada vez mais a especificidade de uma atividade assalariada. Nas palavras de André Gora, "os termos "trabalho" e "emprego" tornaram-se equivalentes: o trabalho não é mais alguma coisa que se faz, mas algo que se tem. Fala-se em procurar trabalho e arranjar trabalho tanto quanto procurar emprego e arranjar emprego (9). Assim, enquanto atividade heterodeterminada, o trabalho passa a ser percebido pela maioria como uma venda do tempo cujo objeto pouco importa.

O desencanto com a utopia de uma sociedade do trabalho traz, como corolário, o desencanto com as bases sociais que se criaram ao redor dessa utopia, o que modifica radicalmente a

esperança quanto ao caráter e ao sentido de algumas políticas sociais. Os mecanismos de seguridade social, antes voltados a proteger e perpetuar a continuidade do fluxo de produção ou premiar o trabalhador ao fim de sua vida produtiva, passam a se inscrever, ao nível das reivindicações universais da população, independentemente de sua inserção no mercado de trabalho. As políticas de saúde, também concebidas implicitamente, no seu campo assistencial/curativo, como políticas voltadas a recuperação do trabalho, passam a ser reivindicadas enquanto direitos universais de manutenção da vida. A política urbana, antes voltada para organizar funcionalmente o espaço da produção, passa a ser questionada pela necessidade de organizar o espaço da cultura e do lazer.

Com isso modificam-se as próprias formas de fazer política, seja nos partidos, seja nas instituições. Os sindicatos foram, durante muito tempo (e ainda são em muitos países) as formas dominantes de construção da política numa sociedade do trabalho. As lutas sindicais, ao fim e ao cabo, reiteram sempre os ideais de produtivismo, de melhores condições para o trabalho, de benefícios salariais, enfim, elementos associados aos requisitos para "trabalhar melhor". A única exceção nesse campo deve ser feita quanto a luta pela redução da jornada de trabalho. Esta, historicamente a mais antiga luta laboral, inscreve-se parcialmente como uma das formas de luta pelo "não-trabalho", embora seja sempre acompanhada nas negociações por reivindicações que podem atuar no sentido contrário, como o pagamento de adicionais por horas extras, por trabalho noturno, por treinamento profissional e planos de carreira, enfim, bandeiras que se inscrevem na valorização da ideologia do trabalho.

Vale dizer ainda que os sindicatos, concebidos em grande parte como instâncias de elaboração da política operária, transformaram-se progressivamente em instâncias de reivindicação econômica. O papel político das negociações operárias passa a ser absorvido progressivamente pelo Estado. Verifica-se assim, uma economicização da política, ao nível das instâncias sindicais, ao lado de um processo mais geral de politização da economia.

Os partidos políticos, entendidos na visão neogranseñiniana como "correia de transmissão" entre os sindicatos e o Estado, reificam também em suas propostas os ideais de uma "sociedade do trabalho". Hoje, no entanto, verifica-se um forte descenso das formas sindicato/partido convencional na composição mais ampla dos movimentos sociais urbanos.

Os novos movimentos sociais caracterizam-se basicamente pelo fato de terem sua origem externa ao aparelho produtivo. São movimentos de bairro, movimentos pacifistas, movimentos ecológicos, movimentos de defesa do consumidor que, antes de valorizar o trabalho, questionam a irracionalidade cotidiana (10) e pregam uma sociedade que defenda mais a vida e valorize o lazer.

Quanto aos partidos, as críticas existentes apontam que "os sistemas partidários, ou nasceram cedo e hoje competem ombro a ombro com as demais burocracias, ou perderam a sua hora e vegetam à sombra dos estados. Os parlamentos ficaram estreitos para abrigarem interesses que se transnacionalizaram e o voto é quase uma peça de museu, substituído, em parte, pelos estudos diários de uma opinião pública amplamente manipulada" (11). Segundo Poulantzas (12), ocorre um "declínio precipitado do papel dos partidos políticos e um deslocamento de suas funções político-organizacionais" para o seio dos aparelhos de Estado, num processo que burocratiza a política partidária, ao mesmo tempo que politiza a ação da burocracia estatal. Com isso, o executivo torna-se progressivamente autônomo frente ao legislativo que passa a cumprir as funções de legitimar, junto a opinião pública, as ações do executivo.

As reivindicações sociais que conferem um caráter universalista à política social, refletidas nas mudanças na própria forma de fazer política (questionamento dos partidos convencionais e surgimento de movimentos sociais urbanos) mostram, dessa forma, que na concepção de muitos, o que está em cheque não é a manutenção ou extinção do Welfare State, mas sim a sua forma e, portanto, apontam para a necessidade da sua transformação. Habermas afirma que "O desenvolvimento do Estado Social acabou num beco sem saída. Com ele esgotaram-se as energias da utopia de uma sociedade do trabalho" (13). Mas isso não significa que a partir do impasse, as reivindicações dominantes se voltem unicamente, como o faz o discurso neo-liberal, para a extinção do Welfare State e o reestabelecimento do laissez-faire. A utopia de uma sociedade do não-trabalho, ou de uma sociedade onde a autonomia e o tempo-livre se sobreponham a heteronomia e ao caráter majoritário do tempo de trabalho, só é possível com e a partir dos mecanismos instituídos pelo Welfare State.

Na verdade, desde o pós-guerra desenvolveram-se muitos mecanismos de política social de caráter universalista, isto é, independentes da inserção dos indivíduos nos aparelhos produtivos. A utopia que André Gorz defende em "Caminhos para o Paraíso" (14), nada mais é do que a universalização de um rendimento vitalício que independesse do trabalho; o que só pode ser concebido com a existência de um Estado Social modificado.

Nesta perspectiva, as reformas do Welfare State, pelo menos em termos utópicos, e apesar das imperfeições decorrentes de uma interpretação pessoal das tendências acima descritas, apontam caminhos de ruptura e continuidade com os padrões vigentes. Ruptura com alguns dos atuais mecanismos de financiamento e gasto público, que acentuam o déficit público nas fases recessivas. Ruptura com o caráter centralizador, burocrático e pouco participativo de alguns mecanismos de política social, em prol de estruturas, mais descentralizadas, mais leves e mais participativas, em termos de gestão. Continuidade com o processo de extensão de direitos sociais universalizados, que caracterizam, ainda hoje, a passagem de uma

sociedade do trabalho por outra do "viver melhor".

## . II

A utopia de uma sociedade do "não-trabalho" pressupõe, implicitamente, alguns requisitos: primeiramente que a ciência e a técnica tenham permitido elevar ao máximo os limites da produtividade do trabalho. Segundo, que haja relativa homogeneidade do perfil da força de trabalho. Terceiro, que o Estado Social tenha alcançado os marcos da universalização das políticas sociais. Em suma, a utopia de uma sociedade do "não-trabalho" pressupõe o pleno desenvolvimento de uma "sociedade do trabalho".

Esses requisitos, embora parcialmente afluentes nas sociedades pós-industriais, estão muito distantes da realidade das sociedades não industrializadas (subdesenvolvidas) ou de industrialização tardia (15). A heterogeneidade das formas de produção e inserção no mercado de trabalho; os grandes diferenciais internos de produtividade e a ausência do desenvolvimento de formas universalizadas de política social marcam a existência de sociedades muito heterogêneas, onde em apenas alguns segmentos sociais podem se ouvir os ecos do que se passa acima da linha do equador.

Mesmo assim, grande parte dos países de industrialização tardia insere-se hoje na divisão internacional do trabalho e no mercado mundial de forma bastante profunda. A crise econômica internacional trouxe fortes efeitos à dinâmica interna das economias nestes países, como a queda nas exportações, aumento do preço das importações e sobrevalorização das dívidas externas pela elevação internacional da taxa de juros. O ajustamento interno das economias destes países tem sido feito através do monitoramento de órgãos ligados ao sistema financeiro internacional, como o F.M.I., que no afã de resgatar os empréstimos corrigidos pelos elevados juros, obrigam tais países a mergulhar na recessão e no corte dos gastos governamentais; o que prejudica o desempenho dos programas sociais existentes.

Diante deste quadro cabe indagar: como entender a crise do Welfare State nos países que não tiveram Welfare State? Esta pergunta merece ser respondida a partir de algumas reflexões prévias.

As características gerais que marcam o processo de constituição do capitalismo nos países de industrialização tardia se distanciam muito das formas observadas nos países de industrialização originária e atrasada (16). Sobretudo, porque a tomada do poder pela burguesia (revolução burguesa) não é prévia nem é feito de "assalto", mas ao contrário, ocorre em simultâneo e ao longo do próprio processo de industrialização (17). Nas palavras de DRAIBE;

"...esse é um processo de construção simultânea de estruturas sociais e políticas de dominação do poder burguês. Nesse movimento, constituem-se concomitantemente as bases materiais sobre as quais repousa o poder da burguesia, assim como as estruturas políticas - o Estado - através dos quais a dominação e o poder burguês se expressarão..." (18).

Logicamente que o Estado, nestes processos, não é um Estado burguês pleno, como aquele que se consolida na Inglaterra nos poucos anos que caracterizam a chamada "fase concorrencial" do capitalismo. Ao ter que administrar a questão da hegemonia entre as frações da burguesia que o sustentam, essa forma de Estado só avança a industrialização e a modernização burguesa enquanto um Estado de transição ou um "Estado de Compromisso" (19); um Estado que, mesmo legitimado pelas classes (burguesas) agrárias que ainda não perderam totalmente a hegemonia, detém autonomia relativa para expandir as bases de desenvolvimento da burguesia industrial ainda não totalmente hegemônica, caracterizando uma situação de "empate social".

Nos países da América Latina, as estruturas voltadas para a administração de programas sociais, apesar de se iniciarem embrionariamente numa fase prévia de crescimento industrial (20), crescem e se desenvolvem em pleno processo de industrialização, sob forte influência e organização do Estado. Predominam aquelas estruturas de corte "previdencialista", voltadas aos mecanismos de seguro social para trabalhadores e, eventualmente para suas famílias. Desenvolvem-se, muitas vezes, de forma prévia ao próprio crescimento da consciência operária em reivindicá-las, a partir de um espírito preventivo que (21), mesmo que não interesse de imediato à burguesia, garante hegemonia, aceitação e legitimidade social, muitas vezes associadas às práticas dos governos populistas. Por todos esses motivos, os primeiros desenvolvimentos das políticas sociais na América Latina se inscrevem naquilo que DRAIBE chamou de "construção das bases materiais sobre as quais repousa o poder da burguesia".

O desenvolvimento das forças produtivas nos países de industrialização tardia, apesar de intenso e em alguns casos integrador, não permite, todavia, incorporar a totalidade da população nos setores dinâmicos do mercado de trabalho (22). Dentre algumas evidências que obscurecem tal processo de integração, destacam-se o caráter tardio e demorado da "transição demográfica", e a rapidez do processo de urbanização. Esses fatores combinados produzem excedentes de força de trabalho não absorvíveis, de imediato, pelo crescimento das atividades dinâmicas. Como decorrência, grandes parcelas da população não são cobertas pelos mecanismos "previdencialistas" de política social, acarretando fortes iniquidades internas, além da existência de bolsões de miséria que não são objeto, propriamente, das "políticas sociais" na sua concepção ampla, mas sim de programas assistencialistas de "combate à pobreza", como é o caso da distribuição de alimentos.

No caso da América Latina, o último ciclo autoritário, em países como Argentina e Chile, trouxe retrocessos no desenvolvimento das políticas sociais. A supressão da democracia trouxe situações de pré-cidadania para a população de alguns países latino-americanos, até mesmo no que diz respeito aos chamados "direitos políticos". Ao mesmo tempo, a crise econômica recente agravou um quadro que já era estruturalmente precário, em termos de cobertura dos chamados "programas sociais", dadas as circunstâncias descritas no parágrafo anterior. Nas recentes condições de redemocratização das sociedades latino-americanas, ouve-se ao longe a ascensão da marcha dos movimentos sociais em prol da conquista dos direitos perdidos ou nunca alcançados.

Apesar de importante, o trabalho de T.H. Marshall (23), que classifica as diversas fases da cidadania, pressupõe uma certa linearidade no processo de conquista dos chamados direitos civis, políticos e sociais. Além do mais, o trabalho de Marshall não pressupõe a diversidade de formas e estágios de desenvolvimento das políticas sociais (24). A América Latina tem sido, nos últimos vinte anos, um exemplo vivo de que a conquista da cidadania tem avanços e retrocessos e que, em política social, é possível reinventar as formas mais arcaicas de assistencialismo. Isto mostra, no caso latino-americano, a existência de um longo caminho a percorrer na busca de uma "sociedade do trabalho"; mesmo que se possa queimar etapas em obter, antes do tempo, algumas formas de universalização das políticas sociais.

### III

Combater a pobreza e garantir bem estar social à população não são necessariamente a mesma coisa, mas inscrevem-se no conceito de "política social". Em trabalho recente, Abranches (25) tenta diferenciar "política social" de política de combate a pobreza. Ao se referir a primeira como "parte do processo estatal de alocação e distribuição de valores" (26), e a segunda como meio para "eliminar a destituição, num espaço de tempo definido, incorporando os despossuídos aos circuitos regulares da vida social..." (27), o autor não considera que ambas as formas tem uma característica comum, que é corrigir, através da distribuição de bens, serviços sociais/assistenciais ou benefícios (em geral pelo Estado, mas não necessariamente por ele) parte das desigualdades decorrentes da repartição social do excedente.

Combater a pobreza e reduzir a desigualdade, apesar de serem objetivos distintos, se circunscrevem na mesma questão, que é a discussão do papel redistributivo que a sociedade e o Estado podem ter em determinados contextos.

Sendo assim, as políticas sociais podem ser classificadas, em geral, como sendo de três tipos, no que diz respeito a sua natureza funcional: assistencialista, quando se

destina unicamente aos segmentos pauperizados da população; previdencialista, quando funciona sobre o critério do seguro, ou seja, pressupõe uma contribuição específica do segurado para a manutenção do benefício, sendo, em tese aberta a todos que queiram contribuir e, finalmente, universalista, quando se destina a toda a população independentemente de vínculo de contribuição. Ao longo da história, algumas dessas formas foram dominantes sobre as demais e até mesmo hoje, entre os países, verificam-se diferenças de dominância quanto a um desses três tipos (28). Países desenvolvidos já tem grande parte de seus mecanismos de política social inscritos na forma universalista enquanto que muitos países não industrializados ou de industrialização tardia inscrevem-se em formas previdencialistas embrionárias ou de desenvolvimento incompleto ao lado da reintrodução de formas assistencialistas como meio de "combater a pobreza".

As políticas de combate a pobreza inscrevem-se, assim, nas chamadas formas assistencialistas de política social. Apesar destas diferenças taxonômicas, o artigo de Abranches é extremamente rico no que diz respeito às relações entre pobreza e destituição, passando, inclusive, pela discussão da "canastra básica" em Adam Smith e em Marx. Das reflexões sobre esse ponto, o autor conclui que são necessárias duas formas de políticas de combate à pobreza: uma de caráter temporário (programas compensatórios e corretivos em função de fenômenos episódicos ou de crises econômicas) e outros de caráter permanente, voltados para combater a pobreza estrutural que grava em formações sociais como as latino-americanas.

Abranches discute ainda as relações entre pobreza, desigualdade e padrões de produção e consumo, para tirar conclusões sobre o padrão de política social brasileiro. Ponto fundamental discutido pelo autor, diz respeito à relação entre política econômica e política social. Neste particular, "a política social não pode ficar circunscrita apenas aos chamados "problemas sociais". Ela requer uma nova política econômica, capaz de induzir mudanças que permitam, de um lado, elevar o patamar de renda das populações pobres e, de outro, redirecionar, em parte, o padrão de produção/consumo, de modo a assegurar melhores condições de acesso da população ao conjunto de bens e serviços essenciais" (29). A melhoria da distribuição de renda ou a elevação real dos salários são instrumentos socialmente mais eficazes do que muitas estratégias isoladas de política social.

Sabe-se, no entanto, que padrões de produção/consumo, dado o perfil de distribuição da renda, costumam ser rígidos no curto prazo. A cristalização das margens de lucro das empresas monopolistas não possibilita o questionamento das estruturas de distribuição de renda, a não ser em situações onde as alianças políticas são repostas. Nestas conjunturas, a renovação das expectativas e o consenso do sacrifício por um futuro mais promissor podem permitir a consolidação de pactos sociais que apontem no caminho redistributivo.

No entanto, Abranches lembra, ainda, que "a política social não pode condicionar a política econômica, a ponto de comprometer seus objetivos próprios com repercussões negativas sobre as taxas de inversão, margens de rentabilidade, padrões de eficiência e produtividade, com o que, o próprio crescimento seria prejudicado" (29). Isso, certamente, poria por terra a própria dinâmica das políticas sociais num futuro imediato.

Vistas estas questões de natureza conceitual, a preocupação com a classificação das abordagens interpretativas da política social foi tema de recente artigo de COIMBRA (30). Apesar do autor reconhecer a dificuldade em sistematizar e separar todos os traços diferenciais das abordagens existentes, foi possível dividir a bibliografia disponível em sete correntes assim classificadas: "a perspectiva do Serviço Social; a teoria da cidadania; o marxismo; o funcionalismo; a teoria da convergência; o pluralismo e as teorias econômicas da política social" (31).

A primeira corrente, segundo o autor a mais antiga, caracteriza-se pela vocação para o empirismo e o pragmatismo na abordagem dos problemas de política social. A idéia básica da abordagem é a de "melhoria social", na qual a contribuição dos estudos nesse campo deve ser antes ajudar a mudar o mundo do que a melhor entendê-lo. Nesta perspectiva, a contribuição do Serviço Social esteve mais voltada ao estudo de casos e situações concretas de implementação de programas, sejam eles de natureza pública ou privada, do que a análises de natureza geral.

A segunda corrente, a "teoria da cidadania", baseia-se nas idéias de T.H. Marshall e já foi abordada anteriormente. Ao dividir a cidadania em direitos civis, direitos políticos e direitos sociais, Marshall defende a tese de que a cidadania integral só se configura no século XX, quando são alcançados os direitos sociais (32). A principal crítica que pode ser feita a abordagem da "cidadania" diz respeito à sua linearidade (33) que torna impossível a generalização histórica e regional do modelo proposto. No entanto, pode-se dizer que, embora incompleta também no que diz respeito a análise dos "direitos sociais", o esquema analítico de Marshall traz uma visão que permite o estabelecimento de paradigmas para a análise das origens e desenvolvimento das políticas sociais.

Coimbra analisa a terceira corrente - o marxismo - de uma forma tripartite: em Marx; nos marxistas pós-Marx até a década de sessenta; e nos marxistas a partir dos anos setenta. Nestes três segmentos interpretativos existem pontos de vista bastante diferenciados.

A quarta corrente, o funcionalismo, identifica as políticas sociais como um "subsistema integrativo" do todo funcional da sociedade. Nesse sentido, a política social existiria para aumentar o nível de integração da sociedade e as instituições de política social se destinariam a manter a harmonia e a solidariedade social.

A quinta corrente - a teoria da convergência - deveria ser discutida como "variante do modelo funcionalista" pois trata dos pré-requisitos para operação e funcionamento de qualquer sociedade. Assim, na medida em que uma sociedade se desenvolve, maiores são os requisitos de políticas sociais por ela demandados, até se chegar ao ponto onde sociedades de igual nível de desenvolvimento tendem a convergir para sistemas similares de política social. Este argumento é similar ao desenvolvido por ROSTOW (34) sobre as "etapas" e "pré-requisitos" para o desenvolvimento.

A sexta corrente - o pluralismo - constitui uma abordagem que, segundo Coimbra, é típica da ciência política contemporânea. Nela convivem a pluralidade de interpretações dos autores sobre o tema, em conjunto com a multiplicidade de causas derivadas dessas abordagens, num contexto onde o político tem uma autonomia relativa sobre o econômico. O que interessa é estabelecer, através de uma análise multicausal, a singularidade de cada tipo ou forma de política social.

Por fim, a última corrente, chamada por Coimbra de "Teorias Econômicas da Política Social" é um agregado de abordagens econômicas sobre o tema. Não se pode, no entanto, chamar este grupo de "corrente", na medida em que ele envolve interpretações e pontos de vista muitas vezes contraditórios. Os escritos sobre "Welfare Economics", por exemplo, contrastam com as abordagens liberais de Milton Friedeman, as quais tem grandes pontos de divergência com os escritos sobre finanças públicas em seu sentido macroeconômico.

A análise detalhada destas correntes, como o fez COIMBRA, fugiria, no entanto aos objetivos desta monografia. Vale a pena, no entanto, analisar um pouco mais a vertente marxista que, apesar de ter tido até então pouca reflexão sobre o tema "políticas sociais", é uma das mais polêmicas abordagens.

Partindo dos estudos de MISHRA (35), Coimbra conclui que podem emergir duas interpretações sobre a política social a partir da obra de Marx. A primeira, na qual as políticas sociais só poderão ser pensadas de forma satisfatória no socialismo. Esta interpretação pode ser encontrada em textos de cunho mais político, como o "Manifesto do Partido Comunista", "Trabalho Assalariado e Capital" e "Crítica ao Programa de Gotha". Mas em outros textos, como em "O Capital", Marx abre a possibilidade dos valores e ideais pós-capitalistas (socialistas) passarem a ser afirmados ainda dentro do capitalismo (36), a partir das lutas e enfrentamentos cotidianos dos trabalhadores por melhores condições de vida. Isto não caracteriza propriamente uma ambiguidade, mas sim a separação do Marx "político" e do Marx "analista social".

Coimbra afirma também que "Para Marx, deixada subordinada às suas próprias forças motrizes, a sociedade capitalista nada mais faria além de confirmar na prática sua

tendência a imiserar os trabalhadores..."(37). Conclui com isso que, em Marx, o Estado seria incapaz, por motor próprio, de elevar as condições de vida da classe trabalhadora. Foi necessária uma longa e encarniçada luta para algumas conquistas parciais dos trabalhadores, como a redução da jornada de trabalho, analisada no capítulo VIII de "O Capital". As afirmações de Coimbra quanto a esses pontos carecem de maiores qualificações:

a) Em primeiro, Marx deve ser entendido como um autor da sua época. A análise que Marx faz sobre a redução da jornada de trabalho na Inglaterra circunscreve-se temporalmente à primeira metade do século XIX;

b) Nessa época, a forma de Estado dominante era "classicamente burguesa" e não havia nenhuma representação dos interesses trabalhadores no parlamento inglês;

c) Diante disso, nada mais justo que a redução da jornada de trabalho fosse analisada por Marx como uma conquista das lutas dos trabalhadores. GOUGH (38) veio a demonstrar isto claramente em trabalho recente.

d) O raciocínio de Marx para a Inglaterra da primeira metade do século XIX, obviamente, não é válido (e nem se pretendia ser) para o Estado Bismarckiano ou para o Welfare State do pós-guerra, onde as relações sociais e a representação dos trabalhadores nos Governos passa a ser maior. Aliás, o método de Marx em economia política sugere que as condições históricas concretas de cada formação social (determinações em primeira instância) não são sempre passíveis de generalização.

Nestas circunstâncias, é difícil imputar à Marx o discurso que diz ser impossível ao Estado estabelecer, de motor próprio, as condições para elevar o padrão de vida dos trabalhadores. Tal discurso só é válido para as circunstâncias históricas específicas descritas por Marx. Marxistas posteriores como Gramsci e seguidores, aceitam de bom grado a tese do Estado-motor das políticas sociais, por se circunscreverem a um novo contexto de Estado, hegemonia e bloco no poder.

Dada a importância e influência de suas idéias, Marx costuma ser visto por muitos como um profeta. No entanto, as limitações da história não permitem (reconhecidamente por Marx) que sua obra tenha enunciado leis gerais eternas e imutáveis. Ao invés disso, o que Marx se propôs a fazer se restringia apenas a tendências que seriam válidas para um determinado espaço e tempo. Ao profetizar as palavras de Marx (como o fazem muitos marxistas) corre-se o risco de, ou chegar a conclusões erradas, ou descobrir pseudos-erros na obra de Marx, derivados da aplicação equivocada de "conceitos restritos" em contextos temporais-regionais diversos. Assim, muitas vezes, no "desencantamento com o profeta", acaba-se por jogar por terra, injustamente, todo o sentido metodológico de sua obra.

Segundo Coimbra, de Marx A meados dos anos setenta, muitos poucos escritos foram feitos na perspectiva de tratar a questão das políticas sociais a partir do marxismo. Os que o fizeram buscavam estabelecer uma relação "funcional" entre a política social e sua necessidade de legitimar o capitalismo. Mas a crise do Welfare State e as perspectivas de corte dos programas sociais trouxe um novo alento aos estudos marxistas nesse campo. Coimbra cita uma série destes estudos como os de Claus Offe (39), Cristine Buci-Glucksmann e Goran Therborn (40) e os de Ian Gough (41), embora reconheça a contribuição de muitos outros.

A compreensão da origem e natureza das políticas sociais circunscreve-se à necessidade de estudar o período contido entre BISMARCK e BEVERIDGE (42). Bismarck, ainda na segunda metade do século XIX, organizou o primeiro sistema de seguridade social a partir de forte centralização estatal. Sir William Beveridge, a partir de solicitação do Governo Britânico, entregou em 20 de novembro de 1942 um relatório que marcou a universalização do sistema de saúde e a reformulação da Previdência Social na Inglaterra. No período compreendido entre estes dois momentos é que podem ser entendidas as relações de consolidação da política social e de seus mecanismos de gasto e financiamento.

#### IV

A priori, podem ser identificados quatro fatores que determinam o crescimento do gasto social: a elevação dos custos relativos dos serviços e programas sociais; as transformações na estrutura populacional e na dinâmica demográfica; a criação de novos e mais sofisticados serviços e o crescimento das necessidades sociais (43).

A elevação dos custos relativos é dada pelo fato dos bens e serviços produzidos pelos setores sociais aumentarem seus custos em proporção maior que os demais bens e serviços produzidos. Este foi um fenômeno observado por GOUGH desde os anos sessenta, para os países da OECD. A principal causa aparente deste fato é dada pelo caráter "labor intensive" das políticas sociais, as quais não permitem reduções maiores de custo pela redução relativa da força de trabalho empregada, a partir de novas tecnologias.

Em alguns setores, como o de saúde, as novas tecnologias, especialmente as aplicadas em processos de fluxo descontínuo, como é o caso da maior parte dos serviços médicos, diversificam os serviços e aumentam o emprego. A utilização de aparelhos de tomografia computadorizada, por exemplo, não elimina o médico, que continua fazendo diagnósticos a partir dos exames com a nova técnica, mas cria um novo tipo de operador de equipamentos, que vai se somar as fileiras do emprego em saúde.

Gough verificou, para os países da OECD, que os custos

relativos dos serviços de natureza social tiveram um aumento médio de 4,5% ao ano entre 1963 e 1973.

As transformações na estrutura populacional também provocam aumento dos gastos com políticas sociais. O envelhecimento da pirâmide de população dos países europeus, por exemplo, alterou a natureza das políticas sociais a serem oferecidas.

Tome-se, por exemplo, as políticas sociais voltadas aos cuidados com crianças comparadas às voltadas para os idosos. Para as primeiras, tem-se custos menores em saúde e previdência e custos maiores em educação. Já para os últimos, aumentam os custos com saúde e previdência e reduzem-se os custos com educação. O problema é que a educação de primeiro e segundo nível ainda é seguramente mais barata, em termos marginais, do que os programas de atendimento de saúde de terceiro nível de complexidade, ou os programas de aposentadorias e pensões que caracterizam uma sociedade mais envelhecida. Além do mais, o envelhecimento da estrutura etária da população vai propiciar uma maior "razão de dependência econômica" (44), aumentando o número médio de dependentes dos trabalhadores ativos.

No caso inglês, verificou-se que entre 1961 e 1973, 6% do aumento total de custos dos programas sociais, podem ser explicados, segundo Gough, pelo fator envelhecimento da população.

A criação de novos e mais complexos serviços parece ser, no entanto, o principal elemento de pressão nos gastos com programas sociais. Isto tem sido feito de duas formas: pela incorporação de novos segmentos anteriormente não cobertos e pela criação e diversificação dos serviços e benefícios oferecidos. As estratégias de universalização das políticas sociais na Europa que vem sendo postas em marcha desde o pós-guerra, respondem em larga escala por este incremento.

Por fim, o crescimento das necessidades sociais, parece estar mais associado a fatores de ordem conjuntural. O aumento do desemprego, por exemplo, ao longo de conjunturas cíclicas, exige maiores gastos com seguro-desemprego. Um aumento temporário da natalidade (um "baby boom", por exemplo), vai exigir maiores gastos com programas de atenção materno-infantil, assim como uma maior liberalidade temporária quanto a emigração de contingentes populacionais pobres pode exigir um aumento dos gastos com programas de corte assistencial.

Ao longo do continuado crescimento do pós-guerra até os anos setenta, os três primeiros fatores foram constantes elementos de pressão sobre o volume do gasto social nos países centrais. Isto gerou, obviamente, um constante crescimento da carga tributária nestes países, embora a absorção dos adicionais na carga fiscal tenha sido propiciada pelo crescimento econômico. Para exemplificar, a carga tributária nos países da OECD (exceto EUA), cresce 4,7% ao ano entre a metade dos anos cinquenta e o

fim dos sessenta.

Na metade dos anos setenta, o quarto fator começa a ser o principal elemento de pressão nos gastos, justamente numa conjuntura de crise econômica, onde se esgotam as possibilidades de criação de adicionais na carga tributária. Com isso, os países centrais começam a fazer vultosos cortes nos gastos públicos, o que afeta em larga medida o gasto social. Para exemplificar, o gasto público inglês; 51,5% do PIB em 1975/76, caiu para 48% em 1978/79.

Os principais fatores de corte do gasto público foram justamente aqueles que mais cresceram no período do pós-guerra, ou seja os novos e complexos serviços ofertados. Os governos conservadores eleitos nos anos setenta, e que continuam no poder nos anos oitenta, não se cansam de fazer propostas que, apesar de terem efeitos homeopáticos nas estratégias de corte dos gastos, podem prejudicar seriamente as estruturas de política social montadas. Com isso, nos anos oitenta, as populações européias já não se encontram tão satisfeitas com a via conservadora que elegeram na década passada. Os níveis de pobreza, por exemplo, tem aumentado em larga medida com o Governo Reagan nos EUA e os movimentos sociais urbanos, apesar da apatia de até pouco tempo, voltam as ruas reivindicando, entre outras coisas, seus direitos sociais.

Todos esses fatores apontam no caminho de redirecionamentos mais profundos. Como afirmou Ian Gouth, "in this situation then we would expect to find not so much cuts or a dismantling of the welfare state, but its restructuring" (45).

## V

Esta introdução buscou fornecer, de maneira despretenciosa, alguns dos principais pressupostos que irão subsidiar a direção tomada por esta monografia. Reconhecendo-se, no entanto, o caráter preliminar e as lacunas existentes neste texto procurou-se tratar aqui, de quatro tópicos, a saber:

a) A crise do Welfare State enquanto reflexo de uma crise social de caráter mais geral;

b) As diferenças que ainda se apresentam na constituição das políticas sociais nos países desenvolvidos e nos países de industrialização tardia;

c) Os conceitos e formas de política social e a classificação das correntes de análise das políticas sociais;

d) As bases econômicas da expansão dos gastos sociais e seus reflexos na crise recente.

Estes quatro pontos são de fundamental importância para

entender algumas das afirmações feitas nessa monografia, que trata, como caso específico, dos impactos da crise econômica nas políticas de saúde no Brasil.

O primeiro capítulo, que tem como título geral "Saúde e Crise na América Latina", descreve, inicialmente as origens e o desenvolvimento das políticas sociais nos países centrais em contraposição ao ocorrido na América Latina. Em seguida são discutidos alguns traços da recente crise econômica na América Latina e seus impactos sociais. Por fim, são analisadas as políticas, o financiamento e as estratégias de ajuste frente a crise em seis países latino-americanos (Argentina, Chile, Colômbia, México, Uruguai e Costa Rica).

O Segundo capítulo, "A Crise Econômica e Seus Impactos Sociais", analisa as origens e o desenvolvimento da crise econômica recente no Brasil, a partir de sua política econômica e dos principais indicadores disponíveis. Estes são elementos imprescindíveis para a compreensão dos impactos sociais da crise, que são analisados a partir da queda dos níveis de emprego e dos salários, bem como mediante a análise da retração do gasto social no Brasil.

Estabelecidas as bases econômicas da crise e analisados seus impactos sociais, buscou-se conhecer os efeitos da crise no setor saúde no Brasil. Isto é feito no capítulo três - Os Impactos da Crise Econômica no setor Saúde - através de uma descrição prévia da estrutura de financiamento setorial. Analisando-se os efeitos da crise na queda das receitas, compreende-se o desenvolvimento das principais medidas tomadas no período, tendo em vista elevar, mesmo que momentaneamente, os recursos a disposição do setor. Em seguida, são analisados os gastos em saúde, o que é feito sob diversas óticas:

a) A análise institucional do gasto, a partir das esferas que compõe o sistema (setor público orçamentário federal, estadual, municipal, previdência social federal, fundos sociais e gasto privado);

b) A partir da natureza dos programas de saúde existentes;

c) A partir da classificação econômica da despesa (consumo, investimento, transferências, etc.).

O capítulo três mostra, também, os efeitos da crise econômica na evolução da capacidade instalada e na produção dos serviços, tanto no Brasil como em suas distintas regiões.

Os capítulos dois e três trazem, ainda, alguns comentários sobre o comportamento da economia brasileira, e das receitas e despesas da Previdência Social (particularmente em saúde) no ano de 1987, que, ao que parece, foi atípico em termos de reorientação dos gastos do FPAS.

Por fim, o Epílogo, intitulado "A Construção da Utopia Sanitária no Brasil", busca analisar os avanços e bloqueios no campo do financiamento e das estratégias administrativas para alcançar maior equidade e universalização das políticas de saúde no Brasil, frente aos contornos institucionais que se delineiam com a Nova Constituição que esta por vir.

André Cesar Medici  
(março de 1988)

## NOTAS DA INTRODUÇÃO

(1) - HABERMAS, Juergen, "A Nova Intransparência: A Crise do Estado de Bem-Estar e o Esgotamento das Energias Utopicas" in Revista Novos Estudos CEBRAP, No. 18, setembro de 1987, Ed. CEBRAP, São Paulo (SP), pp. 103-114.

(2) - BANCO MUNDIAL, "Relatório sobre o Desenvolvimento Mundial - 1987", Ed. FGV/Banco Mundial, Rio de Janeiro, setembro de 1987.

(3) - O'CONNOR, J., "The Fiscal Crisis and the State", St. Martin's Press, 1981.

(4) - HABERMAS, J., op.cit., p.105

(5) - GRAMSCI, A. "Americanismo e Fordismo" in "Maquiavel, a Política e o Estado Moderno", Ed. Civilização Brasileira, 3a. ed., 1978, p.375/376.

(6) - POULANTZAS, N. "As Transformações Atuais do Estado; A Crise Política e a Crise do Estado" in "O Estado em Crise" (org. Nicos Poulantzas), Ed. Graal, RJ, 1977.

(7) - GORZ, A., "Adeus ao Proletariado: Para Além do Socialismo", Ed. Forense Universitária, Rio de Janeiro, 1982. Segundo o autor, "A sociedade do desemprego é a que vem progressivamente se instalando sob nossos olhos: de um lado, uma massa crescente de desempregados permanentes; de outro, uma aristocracia de trabalhadores protegidos; entre os dois, um proletariado de trabalhadores precários que cumprem as tarefas desqualificadas mais ingratas".

(8) - OFFE, Claus, "Contradictions of the Welfare State", London, Ed. The MacMillan press, 1984.

(9) - GORZ, André, op.cit.

(10) - Entendida como a produção de efeitos contrários aos inicialmente propostos pelas instituições. P.ex, o exército ao invés de garantir a paz provoca a guerra; as instituições médicas ao invés de promoverem a saúde promovem a doença, enquanto corolário da medicalização excessiva.

(11) - FIORI, J.L., "Conjuntura e Ciclo na Dinâmica de um Estado Periférico: Uma reflexão em dois movimentos sobre a Crise do Estado Brasileiro". Tese de Doutorado apresentada a USP em 1984. Ed. IRI/UFRJ, Rio de Janeiro, 1984, p.9.

(12) - POULANTZAS, N., op.cit., p. 40.

(13) - HABERMAS, J., op.cit., p. 112.

(14) - Citado por HABERMAS, J., op.cit., p.106.

(15) - Sobre o conceito de industrialização tardia, ver CARDOSO DE MELLO, J.M., "O Capitalismo Tardio", Ed. Brasiliense, São Paulo, 1982.

(16) - Sobre estes conceitos ver CARDOSO DE MELLO, J.M., op.cit. Sobre o conceito de Industrialização Atrasada, em particular, ver CERSCHENKRON, A., "Atraso Económico y Industrialización", Ed. Ariel, Barcelona, 1973.

(17) - Sobre este ponto ver FERNANDES, F., "A Revolução Burguesa no Brasil". Ed: Zahar, 1975, e DRAIBE, S.M., "Rumos e Metamorfoses: Um estudo sobre a constituição do Estado e as Alternativas de Industrialização: 1930-1960". Tese de Doutorado apresentada ao Departamento de Ciências Sociais da USP, São Paulo, 1980, mimeo. (ver em especial a introdução).

(18) - DRAIBE, S.M., op.cit., p.4

(19) - Idem, ibidem, p. 10 e segts.

(20) - Sobre o conceito de "crescimento industrial prévio" ao processo de industrialização, ver CARDOSO DE MELLO, op.cit.

(21) - As medidas destinadas a interpretar ou antecipar as reivindicações das classes, através da edificação dos aparelhos de intervenção e/ou regulação, são chamadas por DRAIBE de "estatização das relações econômicas de classe".

(22) - Para o caso brasileiro, ver estudo realizado por SALM, C. (coordenador), SILVA, L.C.E., PEREIRA, V.M.C. e MEDICI, A.C., "Mercado de Trabalho Brasileiro: Estrutura e Conjuntura", Ed. IEI/Ministério do Trabalho, Brasília, 1987.

(23) - MARSHALL, T. H., "Cidadania, Classe Social e Desenvolvimento", Ed. Zahar, Rio de Janeiro, 1963.

(24) - Esta discussão é aprofundada no capítulo I desta monografia.

(25) - ABRANCHES, S.H., "Política Social e Combate à Pobreza: a Teoria da Prática" in "Política Social e Combate a Pobreza, Jorge Zahar Editor, Rio de Janeiro, 1987, pp.10-31.

(26) - Idem, ibidem, p.10

(27) - Idem, ibidem, p.15

(28) - A classificação proposta nesta monografia foi utilizada, pela primeira vez no trabalho de MEDICI, A.C., e SILVA, P.L.B., "Alternativas de Financiamento à Atenção a Saúde no Brasil" in Anais da 8a. Conferência Nacional de Saúde", Ministério da Saúde, Brasília, 1987, pp. 173-220. As diferentes dominâncias históricas desses três tipos de política social são examinadas no capítulo I.

- (29) - ABRANCHES, S.H., op.cit., p.29
- (29) - Idem, ibidem, p.30.
- (30) - COIMBRA, M.A., "Abordagens Teóricas ao Estudo das Políticas Sociais" in "Política Social e Combate a Pobreza". Ed. Jorge Zahar Editor, Rio de Janeiro, 1987, pp. 65-104.
- (31) - Idem, ibidem, p.75
- (32) - No capítulo I desta monografia é feita uma explicação mais detalhada das fases de desenvolvimento histórico que correspondem a estes direitos.
- (33) - Para exemplificar, Coimbra lembra que nos países socialistas a conquista dos direitos sociais foi anterior a dos direitos políticos, definidos na concepção de Marshall.
- (34) - ROSTOW, W.W., "Las Etapas del Crecimiento Económico", E. Fondo de Cultura Económica, México, 1961.
- (35) - MISHRA, R., "Marx and Welfare" in Sociological Review, V.23 (2), maio de 1975. Ver também, do mesmo autor, "Society and Social Policy: Theories and Practice of Welfare", 2a. ed., London, Ed. The Mac Millan Press, 1981.
- (36) - Ver COIMBRA, M.A., op.cit., p. 89
- (37) - Idem, ibidem, p. 89/90.
- (38) - GOUGH, Ian, "The Political Economy of the Welfare State", London, The Mac Millan Press, 1979. Ver, em especial o capítulo 4, "The Origins of the Welfare State "
- (39) - OFFE, Claus, op.cit.,
- (40) - BUCI-GLUCKSMAN, C. e THERBORN, G., "O Desafio Social-Democrata", Publicações Dom Quixote, Lisboa, 1983.
- (41) - GOUGH, I., op.cit.
- (42) - Ver sobre este ponto SINGERIST, H.E., "De Bismarck a Beveridge: Desenvolvimento e Objetivos da Legislação de Previdência Social" in Textos de Apoio PESES/PEPPE, No.6, ENSP/FIOCRUZ, mimeo., 1976.
- (43) - Ver sobre este ponto GOUGH, I., op.cit., capit. 5.
- (44) - Aumento do volume das pessoas inativas, de forma mais intensa do que o das pessoas em idade de trabalhar.
- (45) - GOUGH, I., op.cit., p. 138.

CAPITULO I

SAUDE E CRISE NA AMERICA LATINA

## I.1 - LIMITES ESTRUTURAIS AO FINANCIAMENTO DAS POLITICAS SOCIAIS NA AMERICA LATINA: O PARADIGMA DO "WELFARE STATE"

A garantia dos direitos sociais é um capítulo especial da longa marcha pela cidadania plena. Os países centrais, que hoje fornecem às suas populações um conjunto maior de direitos sociais do que os recebidos pelos povos latino-americanos, percorreram para tal um longo caminho, onde as lutas e reivindicações dos trabalhadores, através dos sindicatos e partidos políticos e as transformações na estrutura social, na natureza e no papel do Estado foram elementos decisivos.

Nesse contexto, as políticas sociais passaram a ser importantes elementos na estabilidade política e acomodação ideológica das sociedades modernas, buscando corrigir, pela via dos benefícios, as desigualdades decorrentes da repartição da renda e da inserção social na produção, inerentes ao rol de imperfeições de uma sociedade de mercado. "Corrigir as injustiças existentes na esfera da produção, através de uma maior regressividade indireta (via benefícios) na esfera da distribuição, constitui uma das funções primordiais do Estado nas sociedades avançadas" (1).

Em importante trabalho publicado a cerca de três décadas, T.H. Marshall (2) define "cidadania" como um processo de conquista social, que envolve três fases: a conquista dos direitos civis; a conquista dos direitos políticos e a conquista dos direitos sociais. Os primeiros relacionam-se a liberdade de expressão e pensamento, ao direito de "ir e vir" e outras liberdades individuais, que surgem com a desagregação do feudalismo e a instauração de um contrato social baseado em cidadãos juridicamente livres. Os "direitos políticos" inscrevem-se na questão da representação dos diversos segmentos sociais junto ao Estado, pela criação do "sufrágio universal" e organização de partidos e demais instâncias representativas. Pode-se dizer que as Revoluções Burguesas marcam o surgimento de importantes conquistas no que tange a estes direitos.

Os direitos sociais são marcados pela necessidade de dar resposta as desigualdades sociais que se ampliam com todo o processo de urbanização e transição para o capitalismo. As medidas do Estado ou de instituições da sociedade civil no campo da educação, da saúde, do saneamento, da habitação e da alimentação popular são formas especiais de amenizar tais desigualdades.

Em recente trabalho, COIMBRA (3), ao dividir a história do capitalismo em três fases; a de "criação de mercados" (do início do século XIX até 1870), a de "homogeneização do trabalho" ( de 1870 até a segunda guerra mundial) e a "Keynesiana" (do pós-guerra a atualidade) (4), afirma que:

"A política social surgiu na segunda fase mais se

expandiu verdadeiramente na terceira. Na primeira, tudo o que de mais relevante havia, em termos de instituições de provisão de necessidades aos trabalhadores eram suas próprias organizações defensivas. Quase todas adotavam o formato mutualista e iam desde as cooperativas até as sociedades de ajuda mútua, das quais as mais características foram as "Friendly Societies" (5).

Tal afirmação provavelmente é válida para países como os Estados Unidos, que não tiveram um rol importante de instituições públicas ou privadas de assistência aos pobres na fase "pré-capitalista". Mas em países originários no desenvolvimento capitalista, como é o caso da Inglaterra, desenvolveu-se toda uma legislação, além de mecanismos reais de auxílio as populações desprovidas, em fases anteriores ao surgimento da grande indústria, como é o caso da "poor laws". Pode-se dizer que, com o processo de industrialização grande parte destes mecanismos de proteção social vão se desestruturando, dadas as necessidades de formação do mercado de trabalho e redução dos salários (6). A reforma das "poor laws" na segunda metade do século XIX responde, em parte por essa desestruturação, mas não elimina o peso da máquina assistencialista ainda existente.

Para sistematizar o desenvolvimento dos direitos sociais, é necessário o entendimento de processos históricos associados a formas hegemônicas de "política social". Pode-se dizer que na fase compreendida entre a desagregação do feudalismo e a Revolução Industrial, as "políticas de corte assistencialista" eram hegemônicas. Define-se como "assistencialistas" as políticas que, baseadas e determinados critérios (caridade, por exemplo), destinam bens ou cuidados a determinados segmentos pauperizados da população. Apesar da forte oposição do discurso liberal-burguês da época, tais políticas continuaram hegemônicas até o fim da primeira metade do século XIX.

A partir de então, o desenvolvimento da classe trabalhadora e a necessidade das grandes empresas em manter sua força de trabalho estabelecem uma nova ordem de política social. Baseada na concepção de "seguro", empregados, empregadores e Estado passam a contribuir para a manutenção de mecanismos de proteção social ao trabalhador e, eventualmente à sua família. Nesta fase, que se inicia na segunda metade do século XIX e se estende até os anos trinta, as políticas sociais de corte "previdencialista", eram as hegemônicas, embora ainda existissem formas residuais de "assistencialismo". Esta "meia" cidadania social (só trabalhadores teriam proteção) abre caminho para o estabelecimento de uma efetiva "universalização" das políticas sociais, estendida a todos os cidadãos, em determinados países a partir do pós-guerra.

### I.1.1 - O desenvolvimento da Cidadania Social

A conquista dos direitos sociais pode ser historicamente sistematizada em três etapas: "assistencialista"; "previdencialista" e "universalista".

A primeira refere-se ao fornecimento de bens e serviços públicos às populações urbanas carentes e à criação de mecanismos de vigilância e controle das condições sociais, montados nos primórdios do capitalismo. Esta fase pode ser denominada de "assistencialista", dado que sua lógica fundamental era assistir as populações pobres, deserdadas pelas "enclausures" e sem atributos profissionais para as novas ocupações urbanas. São exemplos das "ações sociais" dessa época as "poor laws" inglesas; as medidas de saúde pública, saneamento básico e vigilância sanitária (polícia médica) inspiradas, em parte, nas idéias de Peter Franck na Alemanha, e as instituições de educação e trabalho para crianças e adolescentes, como é o caso das "work-houses" da Inglaterra, nos séculos XVII e XVIII.

A etapa "assistencialista" dos direitos sociais não foi monopólio da Ação Estatal. Ao contrário, Igreja e demais instituições religiosas tiveram papel importante na atenção (educacional, assistencial ou médica) a indigentes e famílias pauperizadas. De qualquer forma, esta etapa tem seu apogeu no período anterior ao capitalismo industrial e, portanto, sua lógica deixa de responder as necessidades sociais e ao papel que o Estado passa a deter com a constituição da classe trabalhadora assalariada, nos séculos XIX e XX (7).

A segunda etapa refere-se ao nascimento e desenvolvimento da Seguridade Social, podendo assim ser chamada de "previdencialista". Com o desenvolvimento de uma classe trabalhadora assalariada majoritária nas sociedades recém industrializadas, começam a se desenvolver, seja de forma autônoma pelos trabalhadores (mutualismo) (8), seja em conjunto com as empresas e o Estado, os mecanismos administrativos e financeiros de concessão de aposentadoria, pensões, seguros por acidentes de trabalho, atenção a saúde do trabalhador e de sua família, creches, auxílios a natalidade, etc.

Os beneficiários dos sistemas de Previdência Social eram, basicamente, os trabalhadores. Em alguns casos os benefícios se estendiam às suas famílias; mas de qualquer forma, a lógica da fase "previdencialista" era conceder benefícios sociais somente aqueles que, de uma forma direta ou por laços familiares com um trabalhador, estavam ligados ao aparelho produtivo. Os demais segmentos da população - indigentes, trabalhadores ligados ao setor informal do mercado de trabalho, famílias em situação de pobreza absoluta - não eram contemplados pelos mecanismos de seguridade social, tendo que recorrer as estruturas que restaram da fase "assistencialista", seja através do Estado, seja na sociedade civil.

Vale destacar que a passagem para a fase "previdencialista" não significa um desaparecimento da estrutura de ação social de cunho "assistencialista". Apesar do tipo de ação social prestada pelos mecanismos de seguridade social ser superior, não só qualitativamente como em quantidade, as estruturas "assistencialistas" permanecem vivas até o dia de hoje e, em algumas sociedades, detem um peso bastante expressivo.

As estruturas "previdencialistas" fortalecem-se com o advento dos partidos sociais-democratas e sua tomada do poder em algumas democracias européias a partir dos anos trinta. O difusão do fordismo enquanto modelo de organização (social e) industrial foi, também, um elemento importante na elevação dos salários reais das classes trabalhadoras, contribuindo ainda mais para o desenvolvimento das estruturas e mecanismos iminentes da Seguridade Social(4). Isto porque, tanto a social democracia, como o fordismo e, posteriormente, o Keynesianismo representam uma nova relação entre empregados, patrões e Estado, a partir de um pacto social fundado mais na busca do consenso do que na exacerbação das divergências históricas de classe. Tal pacto estabelece o embrião de uma sociedade mais redistributiva no interior dos países centrais, tendo sido o principal sustentáculo da longa estabilidade destas economias que se verifica no pós-guerra.

Esta nova relação Empregados/Patrões/Estado, que surge com o fordismo, com a Social-Democracia e com o Keynesianismo, estabelece as condições que impulsionam o modelo "previdencialista" no caminho de sua generalização. Os mecanismos de financiamento da Seguridade Social, que na sua origem (5) englobavam contribuições dos empregados e das empresas, passam cada vez mais a incorporar o Estado, assumindo uma forma tripartite. Ao mesmo tempo, o próprio Estado aumenta o escopo de sua legislação trabalhista e social, passando a deter importante papel na negociação salarial e na regulação do nível de emprego. Com esse novo desenho da Sociedade e do Estado,, criam-se as condições para a regularização do trabalho dos setores informais e, conseqüentemente, para a incorporação da quase totalidade dos segmentos assalariados ao modelo "previdencialista".

A generalização do sistema de seguridade social, com o alargamento do papel do Estado, trouxe como corolário uma redução da forma clássica de conflito de classe patrões/ empregados. Isto não significou a eliminação das greves, embora tivesse aumentado a permissividade das empresas e o aval do Estado com relação as estratégias econômicas da classe operária. Ao mesmo tempo a elevação do padrão de vida das massas diluiu a concepção "classista" de política social e desenvolveu uma outra baseada no conceito de cidadania. As políticas sociais passam, assim, a ser pensadas como "direito de todos e dever do Estado".

Antes da 2a. Guerra Mundial, portanto, houve um grande fortalecimento das estruturas da Previdência Social, advindas do crescimento do papel do Estado, do fordismo e das estratégias de recuperação econômica postas em marcha a partir da crise de 1929.

Com o advento da guerra, multiplicam-se as estruturas sociais estatais destinadas a prover benefícios e cuidados a saúde da população, independentemente desta deter ou não vínculo previdenciário. O esforço de guerra representou um fortalecimento ainda maior das relações Estado/Sociedade Civil, o que contribuiu ainda mais para generalização do acesso as políticas sociais.

No plano internacional, os efeitos da guerra também foram importantes ingredientes para a reforma das políticas sociais nos marcos do Keynesianismo: "Sem a pax americana, sem o desenvolvimento de um sistema monetário internacional baseado no dólar e tornando possível uma acumulação internacional, o Estado Keynesiano provavelmente não teria se desenvolvido. Esta internacionalização sem precedentes do mundo capitalista e de seu quase Estado internacional, os EUA, condicionou a sua expansividade histórica. Mesmo tendo passado sempre por ritmos e formas nacionais específicas: social-democrata, trabalhista, gaullista e centro-esquerda à italiana" (BUCI-GLUSCKMANN E THERBORN, 1983). Ao mesmo tempo, a ajuda americana a reconstrução européia no pós-guerra, consubstanciada em boa parte no Plano Marshall, trouxe recursos para reaparelhar hospitais, escolas, enfim, vários aparelhos destinados a prestação de serviços no campo das políticas sociais no continente europeu.

A terceira etapa - a universalização das políticas sociais - se inicia, assim, com o pós-guerra, assegurando de forma plena o acesso integral aos bens e serviços de natureza pública, independentemente da contribuição ou vínculo previdenciário da população. Esta etapa pode ser chamada de "universalista", na medida em que o Estado passa a assegurar maior equidade e garantir um patamar mínimo de direitos sociais a cada cidadão. Por outro lado ela coincide com a chamada era do "Welfare State".

"Mesmo que fosse de maneira desigual, o Welfare State pretendia, satisfazer as necessidades, reduzir as desigualdades, a marginalidade social, suprimir a pobreza, desenvolver as tecnologias e toda uma política social de redistribuição" (BUCI-GLUCKSMANN e THERBORN, 1983).

Mas apesar destas intenções, seria difícil estender esses benefícios à toda a população e alargar o escopo das políticas sociais nas nações européias, não fosse o advento de uma série de fatores de ordem econômica e social. Numa conjuntura onde a quase totalidade dos trabalhadores é contribuinte dos mecanismos de seguridade social e suas famílias são, igualmente, beneficiárias desses mecanismos, o gasto público adicional em universalizar as políticas sociais, tornando-as atributo de cidadania, é muito pequeno.

Os limites iniciais não se encontravam, portanto, no âmbito do financiamento, mas sim na esfera político-institucional. Além do mais, a partir do pós-guerra, as nações européias se conscientizaram da necessidade de reconstruir suas

sociedades com a base de um novo contrato social, onde a crescente ampliação do Estado e de seu papel exigia um novo desenho das instituições públicas, bem como mudanças no âmbito dos mecanismos de administração e financiamento.

Assim, na fase universalista, o financiamento das políticas sociais deixa progressivamente de ter como base os mecanismos da seguridade social. A tributação ordinária, a partir de impostos diretos e indiretos, enquanto prova do exercício da cidadania de todos, passa a ser o espaço privilegiado de financiamento destas políticas. Aliás, uma política social universal deve ser coberta por mecanismos igualmente universais de custeio. Portanto, mais do que a concessão de novos direitos sociais, o Welfare State representou uma reinterpretação do conceito de cidadania.

### I.1.2 - A Crise do Welfare State

Existem várias interpretações sobre as causas ou fatores que contribuíram para a crise do Welfare State no contexto dos anos setenta (11). Em seu conjunto, elas são de difícil classificação, na medida em que envolvem aspectos econômicos, sociais e políticos presentes tanto no discurso dos progressistas como dos conservadores (12).

Os conservadores acham o Welfare State uma concepção injusta e ineficiente de Estado. Nesta perspectiva, corroborada por economistas como Milton Friedman (13), os gastos sociais do Governo levam, com o tempo, a uma ampliação desmesurada do patamar de dispêndio público, pois a criação de novos programas sociais e de estruturas de administração associadas a eles dificulta, pela própria inércia do Estado, a possibilidade de cortes futuros nos gastos, quando necessários. Os inevitáveis desequilíbrios orçamentários oriundos desse processo levam ao aumento da carga tributária, a emissão de moeda ou ao endividamento público, o que penaliza a atividade produtiva, reduz os níveis de emprego e acelera a inflação.

No caso dos mecanismos de contribuição ainda baseados no critério de seguro social, a taxação da folha de salários das empresas aumenta os custos sociais ligados a absorção de novos empregos. As empresas passam a dar preferência a utilização de tecnologias "capital intensives", que não só aumentam o desemprego como reduzem as receitas das próprias instituições de seguridade social. Afora estes problemas, aumentam as despesas com a manutenção de um contingente maior de desempregados (seguro-desemprego), o que, ao fim e ao cabo, eleva desmesuradamente o déficit público, penalizando, cada vez mais a sociedade inteira.

Inflação e Desemprego estão, portanto, associados ao crescimento do Welfare State no pensamento conservador. Os programas sociais, sob esse prisma, comprometem os mecanismos de

mercado. Além do mais, o crescimento das funções do Estado representa profundas ameaças as liberdades individuais, pois traz reais possibilidades de intervenção na vida social e nos negócios (14).

O argumento dos conservadores confunde, em grande medida, as causas da crise com os seus efeitos. O aumento dos preços internacionais do petróleo, a redução dos níveis de produção e o aumento do desemprego foram, ao que parece, os fatores que desestabilizaram o longo crescimento do Welfare State desde o pós-guerra, e não o contrário. O crescimento do peso dos programas sociais nos gastos do Governo é fenômeno registrado em quase todos os países europeus nos anos setenta.

As saídas propostas pelos conservadores não passam por uma reforma do Welfare State, mas sim pela redução das ações do Estado, da carga fiscal e do endividamento público. Conclamam o Estado a privatizar determinadas esferas de política social e propõe o reestabelecimento dos mecanismos de mercado nestas esferas. Cabe lembrar que os conservadores não são contrários a formas "assistencialistas" de redução dos efeitos perversos da pobreza, as quais, em geral, são temporárias (programas de ajuda alimentar, distribuição de agasalhos e remédios, etc.), mas não suportam a existência de estruturas administrativas estatais permanentes de política social. Tais estruturas, segundo os conservadores, tornam-se ineficientes e empreguistas, e acabam por ter efeitos contrários aos seus objetivos iniciais (15).

Uma das variantes do discurso conservador é a que diz ser a crise do Welfare State decorrente da excessiva burocratização e centralização das decisões. O gigantismo dos aparelhos voltados à administração das políticas sociais gera, dessa forma, deseconomias de escala, acarretando perdas na eficácia social. Ao mesmo tempo, a existência de burocracias fragmentadas e corporativas tornam as políticas sociais mais voltadas aos interesses do estamento burocrático do que aos da população em geral. O espírito de auto-preservação da burocracia e a falta de racionalidade gerencial trazem a proliferação irracional de programas que, afora os efeitos perversos decorrentes da expansão do gasto público, não propiciam melhores condições de vida para a população. Esta tese é compartilhada por boa parcela dos progressistas que, em última instância, vêem no crescimento centralizador do Estado um mal a ser combatido. Alguns desses progressistas fazem parte da chamada corrente "autonomista" (16). Utilizando-se do arsenal da ecologia e rechaçando os efeitos deletérios do gigantismo de escala, defendem a tese do "small is beautiful" (17), a qual é válida, inclusive, no que diz respeito as políticas governamentais. Em muitas causas, os autonomistas estão de mãos dadas com os conservadores no que diz respeito aos limites da ação do Estado na sociedade atual.

Algumas das interpretações de Michael Foucault (18) e Ivan Ilich (19) também apontam no sentido da perda de eficiência das políticas sociais. Nessa vertente, os aparelhos de estado

crecem, burocratizam-se e passam a ameaçar a sociedade pelos efeitos nocivos da medicalização excessiva, da desaprendizagem e da alienação trazidas pela escola, do controle social através da psiquiatria e dos hospícios, etc.

Outra variante do discurso conservador, também compartilhada por parte dos progressistas, defende que a crise do Welfare State é, antes de tudo, fruto de sua deslegitimação. Ao deixar de ser produtivo e consumir cada vez mais recursos, o Welfare State deixa de ser legitimado pela opinião pública, criando uma ruptura entre sociedade e Estado. A resposta social a essa desconfiança é dada:

a) No plano econômico, pelo aumento da chamada economia submersa, como forma de evasão ao fisco (20), pois cada indivíduo ou empresa passa a achar que gastaria melhor o que paga de impostos do que o faz o Estado. Esse fenômeno ocorreu (e vem ocorrendo) em grande parte dos países centrais a partir dos anos setenta (21).

b) No plano político, pela ascensão dos partidos conservadores que, depois de uma ou duas décadas longe do Governo, retornam ao poder com seu discurso anti-estatista/privatizante e com promessas de redução da carga fiscal.

Corroborando com esta visão, embora com um argumento mais progressista, o pensamento que diz ser a crise do Welfare State decorrente do pacto político do pós-guerra. Enquanto havia crescimento econômico era possível manter o investimento e a melhoria das condições de distribuição do excedente, expressas pelo poder de regulamentação estatal indireta dos lucros e salários e pelas políticas sociais. Quando, após vinte anos de crescimento ininterrupto advém a crise econômica, começam a ocorrer choques redistributivos que passam a questionar o Welfare State. Uma visão pessimista dessa questão pode ser encontrada na obra de SANTOS, W.G. (22), que acredita ser impossível resolver positivamente a questão da acumulação e equidade. A impossibilidade de justiça social é dada porque "o problema da justiça, que é um problema substantivo em princípio, torna-se uma questão apenas de procedimento. Justiça é justiça procedural" (23).

A impossibilidade de ocorrer, em simultâneo, acumulação e equidade não deixa muitas saídas para a resolução da crise do Welfare State. A única visão que apresenta uma solução de continuidade, no que diz respeito ao papel positivo desempenhado pelas políticas sociais, é a defendida por algumas correntes progressistas, na qual o Welfare State não está em crise, embora a crise econômica exija transformações em sua natureza. Tais transformações exigem, obviamente, uma estrutura de financiamento mais leve e mais equilibrada, tendo em vista atenuar os efeitos cíclicos na contração das receitas destinadas aos programas sociais. Neste particular, a utilização de estruturas tributárias calçadas nos impostos diretos garantem

mais estabilidade do que os mecanismos de taxaço da folha de salários ou os impostos indiretos, os quais são, pró-cíclicos na maior parte das situações.

Só recentemente, no entanto os progressistas e, em particular os marxistas, tem se preocupado com questões relacionadas às políticas sociais (24).

Apesar destas diferenças, todos são unânimes em aceitar que a crise do Welfare State tem profundas implicações no campo financeiro-fiscal. Com a crise, aumentam as exigências financeiras dos programas sociais bem como o número líquido de dependentes e segurados que passam a ter no Estado, se não a única, a principal forma de sobrevivência. E neste particular que muitos países centrais tem redimensionado técnica e financeiramente o caráter e a cobertura dos programas sociais., o que tem levado a redução do deficit público. Existem tendências, por exemplo, a cortar o financiamento integral ou parcial de programas de assistência médica de alto custo e complexidade e manter apenas a atenção médica de primeiro e segundo nível, dado que as populações menos favorecidas se utilizam, basicamente, desses programas. No campo do seguro-desemprego, a concessão do benefício foi vinculada a frequência à cursos de reciclagem e aperfeiçoamento profissional por parte do segurado, o que tem ajudado na redefinição do mercado de trabalho para a conjuntura de recuperação. Além disso, o valor dos benefícios aos desempregados tem sido frequentemente reduzido (25). Os programas de seguridade social, no entanto, não tem tido cortes tão violentos como os relacionados ao seguro-desemprego.

No caso dos programas de saúde tem-se verificado na Europa uma ampliação do volume de gasto (tabela I.1) como pode ser visto na Inglaterra, na França e na Itália, sendo que no primeiro caso, isto ocorreu mesmo com um aumento da burocracia setorial. No caso da Itália, vale destacar a ocorrência de uma Reforma Sanitária onde as metas de unificação dos serviços públicos ocorreu sob a égide de forte descentralização (26). Nos Estados Unidos, programas como o Medicare e Medicaid tem tido vultosos cortes orçamentários, apesar de permanecerem inalteradas até então suas bases de financiamento.

### I.1.3 - As Políticas Sociais na América Latina

No caso da América Latina, o desenvolvimento destas três fases da cidadania social não se apresentou, até hoje, de forma completa. Apesar de poder ser, igualmente, identificada uma fase "assistencialista" na história da política social latino-americana, vale comentar a abrangência restrita deste fenômeno. Não se tratava de um assistencialismo coincidente com uma fase de urbanização acelerada ou cercamento de terras rurais, a exemplo do que ocorreu em alguns países europeus, particularmente na Inglaterra. O desenvolvimento das cidades latino-americanas (e o

consequente aparecimento de um lumpenzinato-objeto dos mecanismos assistencialistas) só começa a se intensificar na passagem do século XIX para o século XX. Mesmo assim, o legado da fase assistencialista foi importante na montagem dos aparelhos de educação e saúde, especialmente no que diz respeito ao papel e a importância da Igreja Católica.

Destaca-se, no entanto, neste período a criação de hospitais por iniciativa privada ou de órgãos ligados a Igreja e outras organizações filantrópicas. Alguns destes hospitais destinavam-se aos cuidados com doenças infecto-contagiosas, como é o caso da lepra e da tuberculose. Muitos deles, criados inicialmente com objetivos diretamente assistenciais, transformam-se, paulatinamente, em locais de segregação para a proteção coletiva. E, também, neste período que se desenvolvem os organismos destinados a proteção à saúde, enquanto conjunto social. Inicialmente ligados as capitânicas dos portos, ao exército, as Secretarias de Polícia ou aos Ministérios do Interior, estes órgãos, organizados sob a forma de Conselhos, assessoravam o poder executivo em questões relacionadas à saúde pública. Foi o caso do Consejo Superior de Higiene Pública na Argentina e Venezuela, do Consejo Superior de Sanidad do México, do Consejo Superior de salubridad en El Salvador, etc. (27)

Mas, em geral, boa parte do desenvolvimento da cidadania social na América Latina esteve associada aos mecanismos de cooptação da classe trabalhadora ou, até mesmo, às formas embrionárias de incentivo à formação do trabalho assalariado no Continente. Embora a cooptação dos trabalhadores pelo Estado não seja uma característica latino-americana, nos países da Região ela assumiu formas peculiares. Em geral, tais mecanismos de cooptação se inserem no que foi anteriormente conceituado como "fase previdencialista" dos direitos sociais. Assim, começam a surgir os mecanismos de Seguro Social Obrigatório no Chile (1925), Brasil (1934), Ecuador (1935), Perú (1936), Venezuela (1940), Costa Rica e Panamá (1942), Paraguai (1943), Argentina (1944), Colômbia e Guatemala (1946), República Dominicana (1947), Bolívia e El Salvador (1949).

O termo "cooptação" tem sido interpretado, em muitos casos, como uma manipulação das classes trabalhadoras por um Estado dirigido por interesses oligárquicos e empresariais e completamente impermeável aos interesses e necessidades da classe trabalhadora. Nesta concepção, as classes trabalhadoras estariam sempre sendo manipuladas pela concessão de alguns benefícios que nada mais seriam do que paliativos para suas péssimas condições de vida. O aparelho repressivo funcionaria lado a lado aos mecanismos de cooptação, de forma que "quem não se contentasse com o bom-bom seria tratado com o porrete". Na realidade vivida pelos países latino-americanos, no entanto, as práticas de cooptação vão muito além desta visão simplista (28).

Apesar de terem como resultado a incorporação das classes trabalhadoras ao controle social e político do Estado, os mecanismos de cooptação na América Latina foram, em muitos

países, respostas preventivas às futuras pressões que poderiam ser feitas pelas classes menos favorecidas pela concessão de direitos sociais e políticos. Boa parte da legislação trabalhista e previdenciária surge, no contexto dos países latino-americanos, quando ainda era insipiente o processo de formação de um mercado de trabalho urbano assalariado.

Portanto, os mecanismos de cooptação tinham por objetivo garantir metas relacionadas a estabilidade política, apoio das classes trabalhadoras, legitimidade popular, ordem social e disciplina no trabalho. Mas, mesmo assim, eles fazem parte do processo de modernização (conservadora) das relações sociais nos países latino-americanos, inserindo-se dessa forma no contexto mais geral de conquista dos direitos sociais.

Os chamados "benefícios sociais" na América Latina se desenvolveram, a partir de então, no seio de uma lógica burocrático-clientelista que tinha como objeto os sindicatos e demais organizações corporativas da classe trabalhadora, tanto dentro como fora do aparelho de Estado. As organizações corporativas mais fortes, ao exercerem maior poder de pressão, conseguiam uma maior gama de benefícios, o que cristalizava privilégios, gerava grande iniquidade entre os diversos segmentos da população e fracionava os interesses dos trabalhadores (29).

Em suma, o desenvolvimento desta política de segmentação dos direitos sociais foi a principal característica que diferencia a etapa previdencialista na América Latina e nas nações desenvolvidas. No entanto, ela foi acompanhada por uma série de inconvenientes, cabendo destacar.

a) - A grande iniquidade entre os benefícios e serviços garantidos às distintas categorias de trabalhadores;

b) - A existência de grandes segmentos da população e dos trabalhadores não cobertos pelos mecanismos de seguridade social como é o caso dos chamados "setores informais" do mercado de trabalho que, em alguns países da Região, representam mais de 60% da população;

c) - A criação de complexas estruturas de administração das políticas sociais, caracterizadas pelo gigantismo, pela duplicação de esforços, pela pulverização das fontes de financiamento, pela ineficiência, pelo clientelismo e, em alguns casos, pela corrupção;

d) - A dificuldade de criar mecanismos de integração do financiamento e gestão destas políticas, tendo em vista alcançar a fase "universalista".

A questão da iniquidade dos benefícios e serviços é uma decorrência da existência de categoriais laborais com diferentes níveis de organização e essencialidade na estrutura econômica de cada país. As categorias mais fortes (que costumam ser as que detêm salários mais altos e, conseqüentemente uma massa de

contribuições de maior valor, em termos per-cápita) são, geralmente as que detêm uma maior gama de benefícios ou os serviços de melhor qualidade e cobertura. O caso argentino exemplifica bem esta questão.

Na Argentina, a estrutura (previdencialista) de fornecimento da assistência médica encontra-se fundada numa contribuição específica para a saúde, que é descontada dos salários dos trabalhadores e da folha de salários das empresas. A administração destes recursos é pulverizada por categoria profissional, de modo que cada categoria administra uma determinada "Obra Social" (30). Por tanto a estrutura de administração dos serviços de saúde (de natureza previdencialista) é feita, basicamente, pelas grandes corporações sindicais. Mas dada a diferença de "poder de fogo" de cada categoria, pode-se dizer que das 350 Obras Sociais, 60 abarcam 90% da população beneficiária. Em termos de cobertura, as Obras Sociais mais ricas tem garantido aos seus beneficiários melhores serviços, mediante utilização da rede privada contratada, hotelaria hospitalar, exames complementares altamente sofisticados e medicamentos. Já as Obras Sociais mais pobres não tem acesso a esses serviços, tendo que recorrer, em muitos casos, aos serviços ofertados pela rede pública e disputar espaço com os "excluídos" do sistema, ou seja, autônomos e indigentes (31).

A ausência de cobertura de amplos segmentos da população é outra característica das políticas sociais e, particularmente de saúde dos países latino-americanos. No Brasil, até bem pouco tempo (1984) cerca de 40% dos trabalhadores urbanos não contribuíam para a Previdência Social e, portanto, uma boa parcela da população estava excluída, dos programas de assistência a saúde. Os trabalhadores rurais, embora em tese cobertos por alguns programas de assistência, não tinham cobertura efetiva, dadas as limitações da rede de serviços, que mal se estruturava para atender as populações urbanas. Hoje vem se processando profundas transformações no sistema de saúde brasileiro, no sentido de universalizar a atenção médica e acabar com as distinções entre contribuintes e não-contribuintes. Mas grande parte da população latino-americana não se encontra coberta pelos serviços de saúde, seja pela ineficácia da rede pública universal, seja pela estreiteza da base de contribuição e cobertura dos sistemas ligados à Previdência Social.

A questão do gigantismo das máquinas de administração e da pulverização das fontes de financiamento tem sido outro problema das políticas sociais na América Latina. Os sistemas de saúde em vários países são financiados por fontes federais, estaduais e municipais. Das fontes federais, temos as fontes baseadas na folha de salários, que constituem, em geral, a maior parcela de recursos; as baseadas em tributação ordinária e as baseadas em fundos sociais especiais (32). Em geral, a cada fonte de financiamento corresponde uma estrutura gerencial, com seus programas e prioridades definidas. A ausência de coordenação multi-institucional acaba por gerar duplicações de recursos em determinados programas ao lado da inexistência de aplicações em

outras áreas prioritárias. Tem-se, assim, abundância de recursos em determinadas áreas e ausência em outras.

É verdade que hoje, muitos países da América Latina vem discutindo formas de integração multi-institucional, aliadas a processos de descentralização das máquinas administrativas. No entanto, tais esforços tem esbarrado, no curto prazo, com a escassez de recursos e quadros técnicos para conduzir o processo, bem como com pressões corporativas que impedem alterações mais profundas no sistema. Neste particular, cabe mencionar que as estruturas acima descritas sedimentam privilégios e mecanismos de clientelismo e corrupção, os quais são difíceis de dissolver. Na Argentina, por exemplo, as Obras Sociais mais ricas concedem a seus beneficiários uma atenção médica tão diferenciada da prestada pelas Obras Sociais com menos recursos que fica difícil unificar o sistema e garantir maior equidade.

A concessão diferenciada de privilégios transforma a solidariedade sindical em individualismo coletivo, consolidando os privilégios das categorias mais bem organizadas. Essa tem sido uma das principais formas (populistas) de cooptação política dos segmentos avançados do sindicalismo na América Latina: pulverizar a unidade dos trabalhadores a partir da segmentação de seus interesses corporativos. Mas ao mesmo tempo, tem sido o principal obstáculo à universalização das políticas sociais, pois impede a transformação de benefícios diferenciados em atributos de cidadania, nos moldes de maior equidade.

Além de todos esses problemas, os mecanismos de cooptação propiciam, em maior grau do que ocorre nos países desenvolvidos, uma "privatização" dos interesses do Estado. Nos países desenvolvidos, a universalização das políticas sociais imprime uma lógica mais racional na administração dos benefícios concedidos. Políticas de compras centralizadas ou normatizadas centralmente, critérios uniformes para concessão de benefícios e prestação de serviços, maior controle da gestão dos recursos por parte do legislativo e dos movimentos sociais, permitem minimizar as fraudes e os privilégios, garantindo, em contrapartida uma administração mais ágil e menos onerosa.

Na América Latina, em contrapartida, ocorrem, em simultâneo, diferentes tipos de processos de privatização dos interesses do Estado (33). Um deles seria a privatização da lógica do Estado, ou seja, imprimir a administração das políticas sociais determinados critérios de lucratividade somente compatíveis com as estratégias empresariais do setor privado. Um exemplo pode ser dado pela administração das companhias de águas e esgotos em alguns Estados brasileiros, que tem privilegiado investimentos em áreas onde o retorno econômico é potencialmente maior e mais rápido. Com isso, os segmentos mais carentes da população, em virtude de sua baixa capacidade de pagamento, são os últimos a receberem tais serviços (quando os recebem) o que reduz suas esperanças de vida aumentando a morbidade potencial através de doenças de veiculação hídrica (34).

Um segundo tipo de privatização (ABRANCHES, 1982) são as chamadas compras de serviços do setor privado. Este parece ter sido um critério adotado pela seguridade social de países como Argentina, Brasil, Chile e México. Assim, os órgãos da seguridade social (centralizados, como no Brasil ou descentralizados como na Argentina) compram serviços assistenciais (hospitalares ou ambulatoriais) da rede privada de saúde, através de credenciamentos, contratos ou convênios, garantindo uma reserva de mercado para o setor médico-ambulatorial privado. Este tipo de privatização cria, obviamente, muitas oportunidades de corrupção e clientelismo. No caso brasileiro, por exemplo, muitas empresas médicas cobram por procedimentos mais caros do que os efetivamente realizados, ou então, na ausência de mecanismos de fiscalização, cobram taxas adicionais por serviços que já são pagos pelos órgãos de seguridade social. Na Argentina, a corrupção ocorre, em muitos casos, por parte dos dirigentes das Obras Sociais que recebem por fora para contratar certas empresas médicas ou acobertar suas fraudes.

Uma terceira forma de privatização dos interesses do Estado, são as isenções e incentivos fiscais dados ao consumo de serviços de saúde. Para exemplificar, isenções no imposto de renda relativas ao gasto com saúde, tanto por parte das empresas como por parte das famílias, tendem a beneficiar as classes de renda mais elevada. As populações mais pobres, por terem sua renda associada as empresas de menor porte e ao mercado de trabalho informal (que em geral não provêm serviços próprios de saúde para seus empregados) ou não atingirem o piso para pagar impostos, acabam por gastar proporcionalmente muito mais com saúde do que os demais segmentos da população. Este critério também tende a privilegiar determinados grupos ou categorias funcionais, pois os empregados em empresas com serviços próprios de saúde recebem, além dos serviços custeados pela seguridade social, os serviços da própria empresa, que apesar de aparentemente pagos por elas são, na verdade, indiretamente custeados pelo Estado.

Resumindo, as condições em que se gestou o desenvolvimento dos direitos sociais na América Latina não permitiram resolver os problemas estruturais de ausência de cobertura e iniquidade. A maioria dos países da Região não apresenta, sequer, um desenvolvimento pleno da fase "previdencialista" e encontra-se bastante distante de qualquer esforço de universalização. A crise econômica que se instaura no quadro latino-americano desde dos anos setenta trouxe, no campo das políticas sociais, dois tipos de alternativa dos governos:

a) - Reformular radicalmente os mecanismos de financiamento, cobertura e gestão destas políticas;

b) - Reinventar estratégias típicas da fase assistencialista, como é o caso dos programas de alimentação e nutrição que proliferam em vários países da Região, nos últimos anos.

Cabe mencionar, quanto a este último ponto, que os

programas assistencialistas de distribuição de alimentos tem sido avaliados, na maior parte dos países latino-americanos, como de baixa eficiência e baixo retorno social, além de serem aptos para incentivar o clientelismo político-eleitoral e a corrupção.

Portanto, diferentemente do ocorrido com os países europeus, onde o impacto da crise das políticas sociais abalou os mecanismos financeiros do Welfare State, acarretando reduções no alcance dos programas sociais, a crise econômica na América Latina veio a deteriorar ainda mais o quadro estrutural de baixa cobertura e iniquidade existente nos países da Região. Neste particular, vale destacar que a universalização das políticas sociais na América Latina, tomando como paradigma o "Welfare State", não pode ser pensada sem uma reformulação total dos mecanismos de financiamento e das estratégias de cobertura dos programas sociais. Além dos aspectos técnicos de difícil solução que tal questão desperta, estão envolvidas demoradas negociações políticas, cujo produto adequado deveria ser um novo e solidário pacto social.

## I.2 - A CRISE ECONOMICA NA AMERICA LATINA

Uma das dificuldades de estudar a dinâmica das políticas econômicas ou sociais na América Latina, diz respeito a heterogeneidade histórica, social e política dos distintos países que compõe a Região. Tal heterogeneidade tem trazido, como corolário, a adoção de diferentes estilos de desenvolvimento, por parte dos Governos nacionais. Mas apesar destas diferenças, muitos países latino-americanos detêm certas similitudes, não só quanto ao perfil de seu desenvolvimento recente, mas também no que diz respeito a forma de enfrentamento dos problemas colocados pela recente crise econômica.

Dados estes argumentos, podem ser propostas diversas formas de classificação dos países latino-americanos (incluindo o Caribe) a partir de certos pontos em comum. Para os analistas sociais, a proximidade geográfica parece ser um dos piores critérios, apesar de ser reconhecida a homogeneidade de condições socio-econômicas e culturais dos países da América Andina ou do Caribe, por exemplo.

Outro critério bastante utilizado é a classificação segundo a magnitude do Produto Interno Bruto (PIB) per-capita. Utilizando informações de 1984 sobre este indicador e criando quatro classes de tamanho do PIB per-capita anual, chegar-se-ia ao seguinte resultado:

No primeiro grupo (até US\$ 800,00 per-capita anuais), estariam Bolívia, El Salvador, Guyana, Haiti e Honduras. No segundo (mais de US\$ 800,00 até US\$ 1.500,00 per-capita anuais), estariam Colômbia, Equador, Guatemala, Nicaragua, Peru e República Dominicana. No terceiro (mais de US\$ 1.500,00 até

2.000,00 per-capita anuais) estariam Argentina, Brasil, Chile, Costa Rica, Jamaica e Paraguai. Por fim, no quarto e último grupo (mais de US\$ 2.000,00 per-capita anuais) estariam Bahamas, Barbados, México, Panamá, Trinidad e Tobago, Uruguai e Venezuela.

A tabela I.2 mostra a evolução do PIB per-capita nestes países de 1960 até 1984, segundo a classificação acima apresentada (35). Observa-se que quanto mais alta esta relação, menor é o poder da classificação proposta em demarcar características homogêneas dos países contidos em cada classe. Por exemplo, apesar de conterem gritantes diferenças na dimensão territorial, na ambiência cultural e geográfica, os países do grupo 1 detêm níveis de desenvolvimento e condições sócio-econômicas similares. Em geral eles se caracterizam por não ter uma estrutura produtiva diversificada e pelo fraco poder de regulação do aparelho de Estado, o que se reflete em políticas sociais débeis ou inexistentes.

Os países do grupo 2, da mesma forma, apresentam um estágio de desenvolvimento bastante similar. Podem ser divididos em dois blocos: os da América Central, ou seja, República Dominicana, Nicarágua e Guatemala, e os da chamada América Andina (Equador, Colômbia e Perú). Todos se caracterizam por um rápido surto de crescimento na década de setenta, interrompido com a crise dos anos oitenta. A única exceção é a Nicarágua, onde a ruptura do crescimento foi intensificada com a guerra civil entre o Governo e os contra-revolucionários, a partir da Revolução Sandinista que derrubou a ditadura de Somoza. Excetuando-se esta particularidade, todos os três países da América Central contidos neste grupo tem características socio-econômicas e estrutura produtiva bastante similares.

No terceiro grupo, as diferenças internas quanto a processos sociais, padrões sócio-econômicos e estilos de desenvolvimento começam a ficar bem mais gritantes. Países como a Argentina e o Chile caracterizam-se por um processo de desenvolvimento e diversificação da estrutura produtiva bem mais antigo que os demais. A estrutura etária da população nestes países é estacionária, enquanto que no Brasil e no Paraguai, por exemplo, é progressiva. Isto significa que, enquanto Argentina e Chile já completaram a muito tempo sua transição demográfica, Brasil e Paraguai ainda se encontram em uma fase de razoável crescimento populacional.

Por outro lado, enquanto Argentina e Chile não tiveram grande crescimento em seu PIB per-capita nos anos setenta, mesmo com uma população relativamente estável, o Brasil praticamente duplicou esta relação naquele período, apesar de ter uma população crescendo a largas taxas. Isto mostra, por exemplo, que o crescimento econômico brasileiro na última década foi mais intenso e pujante do que o vivido pela Argentina e o Chile.

Mesmo assim, não fosse a crise recente, Brasil, Argentina e Chile poderiam estar no grupo 4 (PIB per-capita superior a US\$ 2.000,00 anuais). Isto não ocorreu em função de

diversas circunstâncias, cabendo destacar, a incapacidade gerencial do aparelho de Estado que, nos casos das ditaduras militares argentina e chilena, trouxeram um processo de desindustrialização nos anos setenta. A força da crise econômica dos anos oitenta, aliada às estratégias de ajuste adotadas, também impediram uma elevação real da renda per-capita nestes países, na medida em que depauperaram as rendas e a capacidade de consumo da população e desestimularam o investimento na economia.

Neste grupo ainda se encontram três países bastante anômalos. O Paraguai, onde boa parte de seu crescimento nos anos setenta esteve associado a dinâmica da economia brasileira e argentina. Costa Rica e Jamaica, onde, no primeiro caso, o crescimento esteve ancorado em uma população estacionária, com altos níveis de satisfação de suas necessidades básicas, uma forte e desconcentrada base produtiva na agricultura e na parceria comercial e financeira com a economia americana. No segundo caso, também pode ser detectada uma população estacionária, embora a estrutura econômica esteja fundada, em grande medida, no turismo e na exportação de produtos primários.

No quarto grupo, as diferenças são maiores ainda. Misturam-se, nesse caso, México, Uruguai e Venezuela com Países insulares do Caribe, como Bahamas, Barbados e Trinidad e Tobago. Isso sem contar o Panamá, que tem boa parte de sua economia ligada ao movimento de comércio internacional, em função da Zona do Canal.

O Uruguai detém um perfil sócio-econômico muito similar ao da Argentina e do Chile. Apesar de ter uma estrutura produtiva menos diversificada e uma população sensivelmente menor, teve o apogeu de seu crescimento econômico e social antes de países como o Brasil. Sua população é estacionária e não existem profundas desigualdades sociais como as encontradas na maioria dos países latino-americanos. Já o México e a Venezuela tiveram seu crescimento impulsionado pelo fato de serem países exportadores de petróleo. O crescimento destes países, desde os anos sessenta tem se mostrado acentuado e, no caso do México, a diversidade da estrutura produtiva interna implantada nos últimos trinta anos propiciou um largo período de prosperidade e, provavelmente, permitiria uma retomada para o crescimento econômico sem grandes percalços.

Países como Bahamas, Trinidad e Tobago e Barbados detém uma relação PIB per-capita muito elevada. São países de estrutura populacional estacionária, onde a principal atividade econômica é o complexo turístico e os encadeamentos por ele propiciados.

Com todas estas diferenças internas a cada grupo, torna-se difícil considerar o PIB per-capita como bom critério para classificar os países latino-americanos segundo condições sócio-econômicas homogêneas.

De 1960 a 1980, muito poucas regiões do mundo tiveram crescimento tão rápido como o experimentado pelos países latino-

americanos. Diversos fatores contribuíram para isso, cabendo destacar, no plano externo, o crescimento auto-sustentado da economia mundial (pelo menos até o advento da primeira crise do petróleo, em 1973), o largo aumento das exportações e a transferência de recursos financeiros dos países centrais para a Região, com baixas taxas de juros reais. Ao nível interno cabe mencionar o esforço de industrialização e integração econômica, garantindo maior complementariedade interna as economias nacionais, com visíveis efeitos no aumento do emprego nas atividades formais e elevação das taxas de urbanização. Certamente que tal crescimento trouxe sensível melhoria nas condições de acesso aos chamados bens públicos. Conforme reconhece recente relatório do Banco Mundial;

"El crecimiento estuvo acompañado de considerables mejoras sociales. Entre 1960 y los últimos años de la década de 1970 la esperanza de vida al nacer, quizás el indicador de bienestar más importante, aumentó de 56 a 64 años, lo que no está muy por debajo del promedio de los países europeos de ingresos medios. El agua potable se ha puesto al alcance de más personas - de menos del 40% a más del 66% de una población cada vez más numerosa - y la proporción de la mano de obra empleada en la agricultura ha bajado del 50% al 33%. Hacia fines de los años setenta, la mayoría de los niños asistían a la escuela primaria. Y aunque la distribución del ingreso seguía siendo sumamente concentrada con excepción de muy pocos países, la proporción del ingreso correspondiente al 40% más pobre no disminuyó; por consiguiente el nivel de vida de la mayoría de los pobres mejoró más o menos al mismo ritmo que el de toda la población". (36)

Mas, de qualquer forma, é correto afirmar que a crise econômica dos anos oitenta trouxe seqüelas em todos os países da Região, com maior ou menor intensidade, o que pode ser observado pela comparação da relação PIB per-capita, na tabela I.2, entre os anos 1980 e 1984.

O advento da crise econômica foi intensificado com o aumento das taxas de juro internacionais e com a sobrevalorização das dívidas externas dos países, especialmente daqueles que tinham contraído empréstimos externos com taxas de juro flutuantes, como é o caso do Brasil, México e Argentina, por exemplo.

As estratégias de ajuste adotadas por estes países, muitas delas tuteladas pelo Fundo Monetário Internacional, foram amargos remédios para a população latino-americana até o início dos anos oitenta. Primeiramente porque, no plano externo, a sobrevalorização da dívida contraída com o sistema bancário internacional, obrigava os países da Região a obter grandes superávits comerciais, o que foi propiciado, de um lado, pelo gigantesco déficit comercial norte-americano e pela sobrevalorização do dólar em relação às moedas locais e de outro,

pela redução das importações, o que afetou a própria dinâmica da produção voltada para o mercado doméstico. Para viabilizar esta estratégia, era necessário cortar os estímulos à expansão do mercado interno, o que só poderia ser feito através da contenção dos salários de base no bojo de outras medidas recessivas, como o corte do consumo e do investimento do setor público.

Conseqüentemente, aumentou de forma considerável a renda líquida enviada ao exterior, bem como caíram os níveis internos de consumo, poupança e investimento. Para exemplificar, no Brasil, o investimento que chegou a 28% do PIB em 1975, caiu para 18% em 1984. Na Argentina, a relação investimento/PIB cai de 20% (média 1971/1981) para 12,6% (1985) e no México o investimento caiu 36% entre 1981 e 1984.

Os salários também sofreram fortes quedas reais no período. No México, tanto o salário mínimo como o salário médio caíram sistematicamente. A queda do salário médio entre 1981 e 1983 foi de 28,2%. No Chile, a ocorrência de uma indexação total dos salários entre 1979 e 1982 possibilitou elevação sistemática do salário médio real, pelo menos até 1981. Com o advento da crise econômica, os salários reais começaram a cair, embora tal queda (em média) não tenha ultrapassado os 3% em 1982. Para os operários a queda foi ligeiramente superior (7%).

No caso da Argentina, a crise econômica estrutural vivida por aquela economia já trazia os salários reais bastante defazados dos auferidos em épocas não muito remotas. A partir de 1982 e mais recentemente com o fim da ditadura militar, os salários reais voltaram a crescer, especialmente no setor privado e nas empresas para-estatais, onde tal crescimento foi superior ao verificado no setor público tradicional.

No Brasil, a massa salarial na Região Metropolitana de São Paulo (a mais dinâmica do país), caiu 23,1% entre setembro de 1980 e setembro de 1983. A partir de 1984, com o advento do plano de estabilização econômica, os salários reais começam a se recuperar, embora tenham tornado a cair em 1987, quando a inflação alcançou seus níveis mais elevados (365,9% anuais, segundo o IPC DO IBGE).

Da mesma forma que ocorreu deterioração dos salários, aumenta a precariedade das condições de inserção no mercado de trabalho na maior parte dos países latino-americanos, como demonstram as estatísticas constantes na tabela I.3. Apesar da diversidade metodológica dos levantamentos estatísticos existentes sobre desemprego e da difícil comparabilidade destas informações nos países da América Latina, nota-se que quase todos apresentaram grandes aumentos na taxa de desemprego aberto, a partir dos anos oitenta.

O aumento das taxas de desemprego aberto na maioria dos países latino-americanos foi decorrente da estagnação da economia destes países num contexto onde a população economicamente ativa (PEA) não cessou de crescer. Na primeira metade dos anos oitenta,

a taxa estimada de crescimento da PEA em países como o Brasil era de 4,0% ao ano. Isto certamente jogou centenas de milhares de pessoas nas raias do desemprego ou em condições precárias no mercado de trabalho. A tabela I.4 exemplifica este fenômeno para o Brasil. Observa-se que, embora seja este um fato estrutural, a taxa de precariedade do mercado de trabalho, representada pela soma dos desempregados abertos, dos ocupados com renda inferior a um salário mínimo e dos ocupados que não descontam para a seguridade social com renda entre 1 e 2 salários mínimos, aumenta de 52,4% para 58% entre 1981 e 1982, não retornando nos dois anos seguintes aos níveis existentes em 1981.

As políticas econômicas de ajuste adotadas pelos países latino-americanos trouxeram alguns cortes nos mecanismos de gasto ligados às políticas sociais. No México, por exemplo, o gasto governamental com educação caiu de 5,5% para 3,9% do PIB. Na Costa Rica, o gasto público com saúde e educação caiu 23% entre 1979 e 1983. No Chile o gasto em saúde caiu de US\$ 208,2 milhões para US\$ 160,7 milhões entre 1980 e 1984 (37). No Brasil, o gasto social agregado caiu de US\$ 22.526 milhões em 1980 para US\$ 17.715 milhões entre 1980 e 1984. Com exceção do programa de alimentação e nutrição, todos os programas sociais tiveram vultosos cortes neste período (38).

O aumento dos gastos com programas assistencialistas, como alimentação e nutrição, ao longo da crise, deteve caráter compensatório e objetivou minorar a queda da qualidade de vida das camadas mais desprovidas da população. Até mesmo a Argentina, que reconhecidamente detém menos desigualdades sociais que a maioria dos países latino-americanos, criou o "Programa Alimentario Nacional (PAN)", administrado pelo Ministério da Saúde e Ação Social. Este programa consiste em distribuir pacotes de alimentos, de forma complementar com outros serviços sociais, às famílias carentes. No caso do Brasil, onde já existia um programa similar chamado "Programa Nacional de Alimentação e Nutrição (PRONAN)", também operado pelo Ministério da Saúde, houve um aumento de US\$ 140 para US\$ 222 milhões, entre 1980 e 1984, do gasto com distribuição de alimentos (39).

Apesar da falta de estatísticas disponíveis, existem evidências de que o corte nos gastos sociais praticados por alguns países latino-americanos trouxeram alguns efeitos sociais, como o aumento da evasão escolar (Costa Rica e Brasil), aumento da mortalidade infantil (detectado no Brasil entre 1983 e 1984, especialmente no Nordeste). Em outros países como México e Chile os indicadores sociais, especialmente mortalidade infantil e esperança de vida, passaram a aumentar, embora com pouca intensidade, ao longo da crise.

Mas a questão social na América Latina é muito mais dramática em seu conteúdo estrutural. Os agravos conjunturais, em muitos casos, não fornecem a verdadeira dimensão das dificuldades que existem em alcançar padrões de gasto e fornecimento de políticas sociais similares aos existentes nos países desenvolvidos. Isto tem afetado, particularmente, as políticas de

saúde, onde as estratégias relacionadas a universalização do acesso e equidade no atendimento esbarram nas restrições existentes na base de seu financiamento.

### I.2.1 - Os Impactos da Crise Econômica no Volume de Gastos e no Nível de Saúde dos Países Latino-Americanos

Os mecanismos públicos de financiamento das políticas de saúde na América Latina tem, como principais fontes, os recursos do orçamento fiscal (do Governo Federal, das Províncias e das Municipalidades) e os recursos oriundos dos mecanismos de seguridade social. Embora a composição interna destes recursos varie bastante de país para país, pode-se dizer que, em média, a maior fatia dos recursos destinados ao setor provém da seguridade social. Em termos complementares, pode-se dizer que algumas nações lançam mão de fundos sociais especiais para o custeio de programas especiais de saúde.

Ao longo da recente crise econômica muitos países latino-americanos tiveram que se submeter a estratégias ortodoxas de ajuste a crise, em função das necessidades de negociação da dívida externa junto ao FMI e aos organismos financeiros internacionais. Este foi o caso, por exemplo, da Argentina, Brasil e Chile que, pelo menos até 1984, estavam entregues à ditaduras militares que pouco valorizavam a criação de mecanismos endógenos de crescimento econômico através da elevação real dos salários e da expansão do investimento governamental. A tônica destas estratégias de ajuste era o arrocho salarial e o corte dos gastos públicos. Neste particular, muitos cortes foram feitos nos programas sociais dos governos e o setor saúde não deixou de ser afetado por este desempenho.

Analisando-se os gastos públicos federais em saúde dos distintos países da Região observa-se uma grande discrepância. A tabela I.5 revela a existência de distintos níveis de gasto público federal com saúde nos diversos países da América Latina e Caribe. Como os dados excluem os recursos da Previdência Social, não se pode fazer comparações sobre a magnitude do gasto em saúde per-capita por país, dado que cada um deles apresenta um "mix" diferente de gasto público direto e gasto previdenciário com saúde, de acordo com o desenho do seu sistema de financiamento e gestão setorial.

No entanto, pode-se observar que a maioria dos países da Região, representados na tabela I.5, reduziram seu volume de gastos federais não previdenciários per-capita com saúde a partir de 1980 e até 1984. Como a estrutura de gastos é relativamente rígida no curto prazo, supõe-se que tal redução ocorreu devido a contração real das bases de financiamento em função da crise. Assim, somente países como Bahamas, Haiti, Nicaragua, Panamá e Trinidad e Tobago tem mantido ou aumentado os gastos públicos com saúde durante a recessão (40). Nota-se, no caso da Nicaragua uma forte mudança de patamar do gasto per-capita com saúde, o que revela, certamente, uma alteração das

prioridades de gasto governamental em prol do aumento dos recursos alocados em políticas sociais.

A tabela I.6 mostra que a maioria dos países da Região reduziu sensivelmente o volume per-capita de gastos federais com saúde no período mais duro da recente crise econômica (1980-1984). As evidências ao nível de cada país mostram também, que ao longo dos últimos dez anos ocorreu forte redução do gasto dos programas de seguridade social em saúde.

A redução dos gastos públicos com saúde está correlacionada, pela própria crise, a uma redução do gasto privado no setor. Os gastos com saúde detem alta elasticidade-renda e assim respondem negativamente às reduções no volume de renda disponível pela população. Quando tal fenômeno ocorre, os segmentos populacionais que, anteriormente podiam pagar por serviços privados, passam a recorrer aos serviços públicos. Tais segmentos, normalmente são mais bem relacionados ou sabem se movimentar com maior agilidade nos meandros da burocracia pública. Assim, passam a conseguir atendimento prioritário, o que, aliado a redução real de cobertura propiciada pela crise, acaba por expulsar as camadas de mais baixa renda para além das filas de atendimento. Como afirmou MUSGROVE;

"Cuando los ingresos disminuyen, también lo hace el gasto en servicios médicos privados en mayor medida que la proporcional: una disminución del 10% de los primeros produce aproximadamente una disminución del 12% de los gastos médicos. Por ello, la sobrecarga de los servicios públicos es mayor que lo cabría inferir del cambio de los ingresos únicamente. Este desplazamiento de demanda privada hacia el sector público afecta especialmente la hospitalización y los honorarios de los médicos, pero apenas los medicamentos, por lo que la demanda de servicios públicos puede aumentar precisamente en los sectores más costosos y en los que más interesa hacer recortes. Aun cuando no se limite el gasto público por habitante, el gasto por paciente puede descender. En las poblaciones pobres, el número y la calidad de las consultas públicas reducen la mortalidad infantil y aumentan la esperanza de vida, como se ha visto en los estudios anteriores a la recesión realizados en Perú y Chile. Las reducciones en los servicios reales, o incluso una producción constante sometida a un incremento de la demanda pueden tener por tanto peores consecuencias para la salud que lo que sugieren los indicadores económicos". (41)

Nesta perspectiva, o impacto da crise na cobertura real dos serviços e no estado geral de saúde da população pode até mesmo ser pior do que revelam os dados de contração dos gastos federais com saúde nos países da Região. A queda nos níveis de rendimento da população provoca, geralmente, aumentos nos níveis de morbidade e mortalidade, mormente a infantil, com o forte

retorno de causas-mortem ligadas a desnutrição ao longo da gravidez e dos primeiros anos de vida.

A tabela I.7 mostra a estrutura das causas de mortalidade infantil (anterior a um ano de idade) na Bolívia em dois momentos específicos: antes da crise (1973) e durante a crise (1982). Observa-se que as doenças relacionadas a desnutrição aumentam vultosamente entre as principais causas de óbitos do período.

Assim, entre 1973 e 1982 as causas ligadas a desnutrição passam de 34,3% para 63,3% da estrutura de mortalidade infantil da Bolívia. o que pode ser melhor visualizado pelo brutal aumento do peso da mortalidade infantil relacionada a doenças do aparelho digestivo, as quais passam de 21,9% para 50,4% das causas de mortalidade infantil naquele país, ao longo do período.

Ao longo da recessão pode-se observar, também um aumento dos níveis de mortalidade infantil. Tomando-se como exemplo a cidade de São Paulo - a mais populosa da América do Sul - a taxa de mortalidade infantil (antes de um ano) por mil crianças nascidas vivas aumentou de 44,1 para 51,8 entre 1983 e 1984., o que mais uma vez demonstra a existência de altas correlações entre queda dos níveis de renda e aumento da mortalidade infantil.

Para se ter uma dimensão dos impactos da crise econômica na dinâmica dos serviços e no financiamento do setor saúde na América Latina, caberia analisar o que ocorreu em alguns países selecionados da Região.

### I.3 - CRISE E SISTEMAS DE SAÚDE NA ARGENTINA (42)

Em termos latino-americanos, pode-se dizer que a Argentina foi um dos primeiros países do Continente a organizar e financiar um sistema de saúde que, apesar de se lastrear nos moldes da Seguridade Social, é independente da estrutura previdenciária. Esse sistema - composto pelas chamadas Obras Sociais - foi montado nos anos quarenta, durante o Governo de Perón.

Tal fato encontra-se relacionado a precocidade (latino-americana) de seu processo de industrialização e constituição de uma classe operária de grande peso social e político, ainda na primeira metade do século XX, quando chegou a ser a sexta economia mundial. Nos anos cinquenta, o grau de formalização e cobertura previdenciária da população argentina já chegava a mais de 70%, enquanto nas demais economias latino-americanas essa proporção era significativamente inferior.

Nos últimos vinte anos, no entanto, a economia argentina vem passando por um paulatino processo de estagnação econômica, acompanhado pela destruição e sucateamento de parte do

parque produtivo instalado e pela perda gradativa da capacidade regulatória do Estado sobre a Economia e as Políticas sociais, questão que se acirrou no período da ditadura militar. Já nos anos oitenta, o fim da ditadura militar e as medidas de reorganização da economia tomadas pelo governo democrático de Raul Alfonsín trouxeram perspectivas de ruptura com esse processo de estagnação e ingovernabilidade. No entanto, para tal, reconhece-se a necessidade de redefinições no Estado, nas políticas sociais e, particularmente nas políticas de saúde, tendo em vista garantir um perfil mais redistributivo das ações sociais do estado.

Grande parte da rede pública de serviços de saúde na Argentina foi construída durante o 1o. Governo de Perón. O número de leitos públicos de internação, que se situava em torno de 70.000 ao final dos anos quarenta, ultrapassou os 100.000 ao início dos anos cinquenta. Com o término desse Governo, o crescimento da rede pública se estancou e até mesmo diminuiu, havendo, em decorrência, um forte incremento da rede privada de serviços que, até hoje tem encontrado nas Obras Sociais, custeadas pelas contribuições das empresas e dos trabalhadores, sua principal fonte de expansão e manutenção. Dados de 1980 mostram que o número de leitos públicos na Argentina era de 94.883. Naquele ano, o setor público detinha 63,3% dos leitos e 52,3% dos estabelecimentos assistenciais. Mesmo assim, pode-se observar na Argentina nos últimos anos um processo de privatização, que se enquadra no arcabouço conceitual desenvolvido na parte II desse trabalho. Tal processo ocorreu num contexto de crescente iniquidade, onde há grande número de trabalhadores e famílias descobertas pelos mecanismos de atenção a saúde das Obras Sociais.

A continuada ausência de investimentos no setor público de prestação de serviços de saúde, nos últimos anos, tem aumentado a obsolescência e a deterioração da rede governamental. Com isso, a atenção médica dedicada aos excluídos é escassa e de má qualidade.

As estatísticas oficiais indicam que a cobertura das Obras Sociais abarcava 74% da população argentina em 1986, embora fontes não governamentais indicam que tal cobertura mal chegava aos 60%. A situação se torna mais grave ainda, diante do crescente desemprego e subemprego, demonstrado pelo incremento do número de trabalhadores por conta própria que não estão cobertos pelas Obras Sociais. Paralelamente, cada Obra Social tem um padrão de cobertura, o que traz grandes iniquidades entre os beneficiários do sistema. O desenvolvimento das Obras Sociais, associado à privatização dos serviços de saúde tem trazido a generalização de um modelo medicalizante, a partir de uma medicina de especialidades. Apesar do razoável atendimento público descentralizado das medidas clássicas de saúde pública (vacinação, erradicação de endemias, etc.), não existe adequada integração da atenção médica com as medidas de saúde pública na ponta da linha dos serviços, aumentando a procura por níveis de complexidade mais altos quando boa parte dos casos poderia ser

resolvida por um atendimento ambulatorial adequado.

A sociedade argentina caracteriza-se, também, por uma medicalização excessiva e por uma forte sobre-oferta de médicos, apesar da má distribuição destes profissionais. Algumas regiões chegam a deter 3000 habitantes para cada médico, enquanto a média nacional se situa em 1 para 400. Por outro lado, existe forte consumo de medicamentos, estimulado pelos grandes grupos industriais do setor que tem, na medicalização especializada, seu principal elo de difusão.

### I.3.1 - A Estrutura Gerencial do Setor Saúde na Argentina

O setor saúde na Argentina detém 4 grandes segmentos: O Setor Público Federal; o Setor Público das Províncias e Municipalidades; as Obras Sociais e o Setor Privado Prestador, no qual se inclui a modalidade de pré-pagamento por serviços.

O Setor Público Federal corresponde a Secretaria de Saúde do Ministério de Saúde e Assistência Social (MSAS), o qual cuida, além de questões relacionadas a saúde, dos programas de habitação, saneamento básico, assistência social, recreação e lazer (43). Apesar de todas estas funções, a Secretaria de Saúde detém bastante autonomia com relação ao Ministério. Seu papel normativo relaciona-se as questões de saúde pública. Apesar de conter uma pequena rede hospitalar, seu papel é pouco expressivo na oferta de serviços de saúde.

O setor público das Províncias e Municipalidades detém uma rede de serviços ambulatorial e hospitalar de grandes proporções. Por ser um país de forte tradição federalista, o nível local detém mais importância do que o federal na prestação de serviços públicos e, em particular de saúde. Este setor é particularmente importante para os trabalhadores por conta-própria, os desempregados e os sub-empregados que, a rigor, não estão cobertos pelas Obras Sociais. Estima-se que este setor detenha um gasto com saúde cerca de 4 vezes superior ao do setor público federal.

As Obras Sociais, criadas a partir dos anos quarenta, são uma decorrência do desenvolvimento do sindicalismo aliado às práticas de cooptação populista na Argentina. Seu desenvolvimento prévio pode ser encontrado, desde o início do século XX, nas Caixas mutualistas organizadas por empresas e pelos trabalhadores com objetivo de fornecer pensões, pecúlios, aposentadorias, serviços de saúde, recreação e lazer para seus afiliados. Nos anos quarenta, o 1o. Governo Perón tornou obrigatória a contribuição dos empregados e empresas para as Obras Sociais, criando a primeira legislação sobre o assunto e vinculando o recurso única e exclusivamente ao gasto com saúde (90% dos recursos), recreação e lazer (10% dos recursos).

Existem hoje na Argentina, cerca de 350 Obras Sociais. No entanto, destas, poucas detém condição financeira para prestar serviços de boa qualidade. Existe assim forte iniquidade entre os

distintos níveis de beneficiários. Das 350 Obras Sociais existentes no país, 60 (17 %) englobam 90% da população beneficiária (22,8 milhões de pessoas) e 18 delas respondem por 15,9 milhões de pessoas.

As Obras Sociais mais ricas garantem aos seus afiliados melhores serviços, utilização da hotelaria hospitalar da rede privada, exames complementares altamente tecnicizados e distribuição de medicamentos. Ao mesmo tempo, as mais pobres não tem acesso a tais serviços e seus afiliados tem, em muitos casos, que recorrer à rede pública e disputar espaço com os excluídos do sistema.

A Normatização e o Controle das Obras Sociais é feita pelo Instituto Nacional de Obras Sociais (INOS). Este órgão que, ao ser criado era atrelado ao Ministério do Trabalho, foi posteriormente, transferido para o MSAS, o que garante, pelo menos formalmente, a existência de uma única instância federal ligada a administração dos recursos de saúde. No entanto, o INOS não tem tido, até hoje, autoridade para interferir ou conduzir as políticas de saúde levadas a cabo pelas Obras Sociais.

O grande trunfo que se encontra a disposição do INOS, é o chamado "Fundo de Redistribuição". Corresponde ao recolhimento, por parte do INOS, de 10% das receitas recolhidas por todas as Obras Sociais. Tais recursos ficam, por lei, a disposição do INOS, para formar um Fundo de Redistribuição, que teria por objetivo transferir recursos para as Obras Sociais mais carentes, ou cujos afiliados são mais desamparados socialmente. Na prática, porém, os recursos do INOS tem se destinado a cobrir déficits operacionais, geralmente contraindidos pelas obras Sociais de maior envergadura. Assim, os recursos do INOS acabam por funcionar de forma oposta aos objetivos de correção da iniquidade. Uma legislação mais recente fixou que 1/3 dos recursos a disposição do INOS tem que ser transferidos automaticamente às Obras Sociais de menor envergadura. isto, ao que parece, vai impedir a utilização dos recursos do INOS de forma regressiva.

Por fim, o sistema de saúde na Argentina ainda contempla o setor privado. Os mercados que compõe tais serviços privados são os médicos independentes, sanatórios, clínicas privadas e centros de especialidades múltiplas (policlínicas), aos quais correspondem 47% dos atendimentos do país. Estimativas indicam que o faturamento do setor privado hospitalar não conveniado com as Obras Sociais representam algo em torno de US\$ 150,0 milhões.

Mas a maior parcela do setor privado sobrevive às custas das Obras Sociais, mediante credenciamentos e convênios. No entanto, nos últimos dois anos tem aumentado o número de convênios do setor público com as Obras Sociais.

### I.3.2 - A Estrutura do Financiamento à Saúde na Argentina

As principais fontes de financiamento à saúde na

Argentina são o Orçamento Fiscal do Governo Federal, Províncias e Municipalidades, as contribuições dos empregados e empregadores e os rendimentos das famílias e lucros das empresas que financiam programas de assistência médica aos seus empregados sem isenções fiscais integrais ou parciais. Pela ótica das despesas podemos classificar essas fontes em diretamente públicas (orçamento fiscal), indiretamente públicas (Obras Sociais) e privadas (rendimento das famílias e lucros das empresas).

O Orçamento Fiscal na Argentina é financiado, ao nível federal, basicamente por impostos diretos. Nos níveis provincial e municipal o peso dos impostos indiretos (especialmente sobre o consumo de bens e serviços) é sensivelmente maior. As informações disponíveis indicam que há muito pouco espaço para se negociar um aumento da carga fiscal, seja junto aos assalariados, seja junto aos empregadores. A rigidez da carga fiscal é um reflexo da rigidez social, numa sociedade onde a distribuição de renda se apresenta congelada.

As contribuições sociais dos empregados e empregadores, diferentemente do que ocorre em outros países da América Latina, como o Brasil, detêm alíquotas separadas para saúde e previdência social. As contribuições para as Obras Sociais são da ordem de 3% da folha de salários para os empregados e 4,5% da folha de salários das empresas, conforme a legislação vigente (Lei 18.610, modificada posteriormente pela Lei 22.269, que separa as Obras Sociais da gestão dos Sindicatos). Existem intenções de passar a contribuição das empresas para 6% da folha de salários. Este, no entanto, constitui apenas o regime geral de financiamento das Obras Sociais. A depender do ramo de atividade, podem existir ou não fontes de receita complementares para cada Obra Social. Para exemplificar, a Obra Social dos eletricitários recebe 1% do valor de toda energia elétrica consumida no país; a dos bancários recebe 0,2% do valor dos depósitos a vista na rede de Bancos Comerciais, etc.

Analisando-se o gasto público com saúde na Argentina, observa-se que, entre 1970 e 1985, as Províncias representam a maior parcela das despesas em saúde. Os municípios são o segundo maior item em volume de gasto. No entanto, só a Municipalidade de Buenos Aires gasta mais de 50% do total municipal. O terceiro nível institucional de maior volume de gasto é o poder central.

A tabela I.8 mostra, também, que entre 1970 e 1980 ocorreu um movimento de descentralização dos gastos federais em favor das províncias. Já no período 1980-1985 ocorreu movimento inverso, aumentando um pouco mais o grau de centralização federal do uso dos recursos públicos destinados à saúde. Vale destacar, ainda, que ao longo de todo o período 1980-1985, a Municipalidade de Buenos Aires gastou cada vez menos recursos, em termos proporcionais.

Além destas mudanças na estrutura dos gastos públicos com saúde, vale destacar as alterações ocorridas com a magnitude do gasto, em termos reais, no mesmo período.

A tabela I.9 evidencia que, entre 1970 e 1980 os gastos públicos com saúde na Argentina tiveram um incremento de 70%. Ao longo deste período, as Províncias foram responsáveis pela maior parcela desse crescimento, na medida em que os gastos provinciais aumentam 121%. Já os gastos do poder central tiveram uma redução real de 10%.

No entanto, entre 1980 e 1985, período caracterizado pela crise econômica recente, ocorreu uma queda real de 16,5% no volume de gastos públicos com saúde. Neste particular, os gastos das províncias foram os mais duramente atingidos, com uma queda real de 26,4%, o mesmo acontecendo com a municipalidade de Buenos Aires, onde a queda foi de 30% no período. Os gastos do nível central e dos demais municípios aumentaram ligeiramente. Estes dados colocam, de forma bastante explícita, a dimensão da crise econômica no contexto dos gastos com saúde na Argentina.

Quanto aos gastos com saúde das Obras sociais, não há, historicamente, uma avaliação precisa de sua evolução. No entanto, sabe-se que tais gastos são os principais indutores do crescimento do setor privado-hospitalar argentino. Em 1964, existiam 107.495 leitos públicos, 4.957 das obras sociais e 29.175 leitos privados. Em 1980, os leitos públicos haviam se reduzido para 94.883, os das Obras Sociais aumentaram para 8.079 e os leitos privados passaram para 47.048. Sabe-se que grande parte deste crescimento do setor privado-hospitalar foi induzido pelas contratações a cargo das Obras Sociais.

Em 1985, o gasto em saúde das Obras Sociais chegava a 1,3 bilhões de austrais, o que equivalia a quase 40% do total de gastos com saúde na Argentina naquele ano. As Obras Sociais que absorvem mais recursos são as das Instituições de Administração Mista que envolviam recursos da ordem de 613 milhões de austrais em 1985. A tabela I.10 mostra a distribuição dos recursos a disposição das Obras Sociais. Como pode ser visto, as Obras Sociais das Instituições de Administração Mista englobam 48% dos gastos com saúde da seguridade social argentina. Seguem-se, em valor de dispêndio, as Obras Sociais provinciais e as sindicais, com 20% e 15% dos recursos, respectivamente. As demais são de menor importância no volume total de gastos.

Analisados os segmentos direta (Governo Federal, Províncias e Municipalidades) e indiretamente (Obras Sociais) públicos do gasto com saúde, resta abordar o gasto privado, que responde por 38,1% do dispêndio total com saúde, ou seja, 1,2 bilhões de austrais em 1985. Destes, 1,1 bilhões foram gastos diretamente pelas famílias e somente 120 milhões correspondem aos dispêndios das mutualidades independentes e das empresas.

Além dos gastos efetuados diretamente com saúde, devem ser adicionados os gastos com medicamentos que, em 1985 alcançaram 967,4 milhões de dólares. Destes, 67,2% foram pagos diretamente pelas famílias; 26,6% através das Obras Sociais e 6,3% pelo setor diretamente público. Todos estes valores mostram,

claramente, a grande dimensão do componente privado do gasto em saúde na Argentina. A tabela I.11 faz uma análise comparativa da repartição global do gasto em saúde na Argentina, no ano de 1985.

Observa-se que o setor público detinha, em 1985, a menor parcela do gasto em saúde (20,0%), o que é válido tanto para os serviços como para os medicamentos (22,7% e 6,3%), respectivamente. As Obras Sociais, ao contrário, respondiam por substancial parcela do gasto em saúde na Argentina (32,9%), sendo que, no que diz respeito aos serviços, este setor tem sido responsável pelo maior volume de gastos (39,2%), seguido pelo setor privado (38,1%). Mas no cômputo geral dos gastos com saúde e medicamentos, o setor privado responde pela maior parcela, atingindo quase 50% dos dispêndios totais com a função saúde no país.

Convertendo os gastos em saúde argentinos em dólares correntes da época, conclui-se que, em 1985 a Argentina gastava US\$ 5,4 bilhões em serviços de saúde e US\$ 1,6 bilhões em medicamentos, o que equivale a um montante total de dispêndio de US\$ 7,0 bilhões. Em outros termos, o dispêndio total per-capita com saúde na Argentina, em 1985 era de US\$ 231,00, sendo US\$ 178,00 com serviços e US\$ 53,00 com medicamentos. Dessa forma a Argentina gastou, em 1986, 10,6% do PIB com a função saúde, onde 8,2% do PIB correspondiam a serviços e 2,4% a medicamentos. A tabela I.12 ilustra tais informações.

Apesar deste aparente bom desempenho no que tange a magnitude proporcional dos gastos com saúde, a estrutura de financiamento setorial na Argentina apresenta alguns problemas reconhecidos pelas autoridades do setor. Numa estrutura oligopólica, como a economia argentina, onde as grandes empresas são formadoras de preços e não existe controle das margens de lucro por parte do Estado, as contribuições das empresas são repassadas aos preços dos bens e serviços consumidos, o que faz com que a sociedade inteira financie, na forma de uma solidariedade invertida, as Obras Sociais. Isto ocorre numa conjuntura onde o acesso aos serviços é bastante inequitativo. Nesse sentido, não há muito fundamento no discurso das corporações sindicais em evitar uma unificação do sistema de Obras Sociais e a universalização da assistência médica com os fundos da seguridade social.

Por outro lado, como a massa de salários cai mais rapidamente do que a massa de lucros nos períodos recessivos, a utilização da folha de salários como única fonte de financiamento das Obras Sociais traz problemas tais como a instabilidade das receitas nos períodos recessivos, acarretando perda de cobertura, justamente nos momentos onde a demanda por serviços é maior, em face do aumento ao desemprego e à queda na qualidade de vida.

### I.3.3 - O Papel das Corporações

Como foi visto, o desenvolvimento das Obras Sociais na Argentina trouxe, implicitamente, um progressivo processo de privatização da atenção médica. O número de leitos hospitalares privados segue crescendo, enquanto permanece relativamente estagnada a capacidade instalada do setor público. As Obras Sociais mais poderosas, ao objetivarem estender aos seus afiliados as condições de saúde desfrutadas pelas camadas mais ricas da população, continuam a estabelecer convênios com as clínicas privadas, possibilitando a sua clientela o acesso a sofisticados exames complementares, além de serviços de hotelaria só oferecidos aqueles que podem pagar.

Analogamente, as Obras Sociais mais pobres não podem oferecer tais serviços aos seus afiliados, tendo que recorrer aos hospitais conveniados de baixa qualidade ou ainda aos próprios hospitais públicos do Governo Federal ou Provincial. Como a rede pública encontra-se em mau estado de conservação, a atenção médica recebida pelos segurados das Obras Sociais mais pobres é de má qualidade.

Uma das formas de remediar tal iniquidade seria incrementar o número de convênios das Obras Sociais mais ricas com a rede pública, tendo em vista injetar mais dinheiro, nesse setor, colocando-o sob a fiscalização de uma clientela mais exigente. No entanto, a baixa qualidade dos serviços oferecidos pelo setor público e a ideologia de que "o privado é melhor" fazem parte do cotidiano das corporações sindicais, que consideram a atenção diferenciada um símbolo de status e ascensão social.

O individualismo coletivo do corporativismo sindical argentino tem sido, portanto, uma das principais barreiras à obtenção de uma atenção médica universal, equânime e integral. Paralelamente, a força dos sindicatos mais consolidados se sobrepõe aos próprios organismos de unidade sindical, como a CGT, impedindo uma ação realmente equalizadora.

Ao longo dos governos peronistas, o Estado Argentino ainda detinha alguma força que fazia com que fosse possível uma negociação soberana e até mesmo um pacto social do Estado com as frações corporativas da sociedade. O período que marca o fim do peronismo e a ditadura militar representou uma perda crescente do poder normativo/regulador do Estado na Argentina, acarretando perda dos instrumentos administrativos de controle e negociação coletiva, especialmente no que diz respeito à questão social.

Hoje as autoridades governamentais procuram encontrar um "fio de Ariadne" que forneça o caminho correto das negociações coletivas, nos marcos da construção de um "pacto social" que permita reconstruir o papel redistributivo do Estado. Mas, apesar da busca de alternativas para esse fim, as políticas sociais na

Argentina encontram-se, há muito, numa situação de empate, onde mover-se no meio das pressões da burguesia e dos sindicatos torna-se extremamente difícil.

Assim, a retomada da função redistributiva do Governo Argentino encontra-se na dependência de um novo "Pacto Social". Para haver um pacto social, no entanto, é necessário que o Estado fortaleça sua estrutura de administração. Tal fortalecimento, por sua vez, exige um redimensionamento do gasto público, o qual depende de uma redefinição dos mecanismos redistributivos e fiscais. Esse círculo vicioso teria que ser rompido de alguma forma, mas até o momento não foram encontrados os "elos fracos" que permitirão tal ruptura.

Apesar dos obstáculos de natureza corporativa, a Argentina tem avançado no sentido de buscar maior equidade nos serviços de saúde. Tais avanços podem ser consubstanciados sob três óticas distintas: avanços legais, avanços na ampliação do papel do setor público e avanços obtidos na melhoria dos instrumentos de regulação.

Os avanços legais se expressam na Lei do Seguro Nacional de Saúde, a qual foi aprovada na Câmara dos Deputados e encontra-se em vias de ser aprovada no Senado Federal da Argentina (\*). Logicamente que a referida lei tem como premissa alguns dados da complexa situação organizacional e política do sistema de saúde argentino, tais como a dificuldade de unificar o sistema através da criação de uma única Obra Social. A maioria dos países centrais, nos marcos do Welfare State, detêm um único órgão como responsável pelos planos de assistência à saúde dos filiados a Seguridade Social. Na Argentina, como foi visto, cada Obra Social tem um sistema diferente, o que obriga o país a conviver com uma extrema heterogeneidade de condições reais de cobertura. Existem dois fatores negativos decorrentes desta heterogeneidade:

a) - A fragmentação da população coberta em distintas modalidades assistenciais, o que não apenas traz iniquidades como também segmenta o perfil de oferta de serviços;

b) - A dificuldade de impedir superposições de cobertura, dado que, por se estender a família, existem milhares de indivíduos cobertos por duas ou mais Obras Sociais, ao lado de outros totalmente descobertos. Tal superposição acarreta fortes desperdícios no que diz respeito às fontes de financiamento, custos administrativos, etc. A contabilização dos recursos desperdiçados com essa superposição não é de fácil mensuração, mas explica o porquê de tão elevados custos administrativos nos serviços de saúde, os quais chegam a mais de 20%, segundo estimativas não oficiais;

---

(\*) - Até março de 1988 o Senado não havia julgado a referida lei.

c) - Por outro lado, as formas de uso da rede contratada pelas Obras Sociais não facilitam a criação de mecanismos de hierarquização da rede de serviços, bem como de sistemas de triagem, referência e contra-referência, o que dificulta a organização, o aumento da eficiência e a redução de custos dos serviços de saúde.

Mas os problemas derivados da dificuldade de unificar as Obras Sociais não são relativos, apenas, aos aspectos técnicos. A maior dificuldade é de cunho político-ideológico e liga-se à impermeabilidade do corporativismo sindical em desmontar a teia de interesses tecida em torno das Obras Sociais. Para a população, a atenção médica diferenciada é um símbolo de "status". Para os dirigentes sindicais o controle de cada Obra Social é uma fonte de poder político. Isto sem contar a corrupção que, mesmo quando residual, é potencialmente consentida pela absoluta falta de controle orçamentário e administrativo.

#### I.3.4 - O Caminho de uma Maior Equidade: Avanços e Bloqueios

Se não é possível unificar as Obras Sociais institucionalmente ou administrativamente, é viável a elaboração de uma "integração funcional". A Lei do Seguro Nacional de Saúde pretende integrar funcionalmente as Obras Sociais a partir de alguns princípios básicos, quais sejam:

- Universalização da cobertura para toda a população;
- Garantia de um patamar mínimo de equidade, através de uma forma mais solidária de financiamento setorial;
- Possibilitar uma efetiva integralidade à atenção à saúde, mesmo com um sistema pluralista em termos de clientela e modalidades de financiamento;
- Permitir um alto nível de desconcentração, transmitindo maiores responsabilidades às províncias na coordenação local do sistema, ao mesmo tempo em que se procure garantir uma maior federalização da normatização e fiscalização das ações médico-sanitárias.

A universalização da cobertura é pretendida através da

incorporação de dois importantes segmentos excluídos: os indigentes e os autônomos. Os primeiros serão integrados diretamente nas Obras Sociais das Províncias (não filiadas ao INOS). A sustentação financeira desta estratégia dar-se-ia através da transferência de recursos federais para as províncias.

Quanto aos autônomos, há dificuldades relacionadas a sua caracterização e classificação, para efeito de incluí-los em alguma das Obras Sociais existentes. Uma outra hipótese, seria criar uma Obra Social exclusiva para os autônomos. Para tal, deveriam ser pensados critérios de contribuição para este segmento, na medida em que, por não estarem vinculados a empregadores, deveriam ter uma contribuição proporcional superior a dos assalariados. Vale mencionar, também, que entre os autônomos existe uma grande heterogeneidade de situações que variam desde os profissionais estabelecidos até os "biscateiros" por conta-própria. Certamente deveriam haver critérios de contribuição que não penalizassem os mais carentes. Por fim, há necessidade de se estabelecer um maior controle dos rendimentos recebidos por estes segmentos pois, como se sabe, este é um setor onde tradicionalmente há forte evasão de rendas.

Mesmo com todas estas perspectivas, a Lei do Seguro Nacional de Saúde traz em seu seio o desafio político de conciliar os interesses dos sindicatos com o papel redistributivo do setor público, enquanto instrumento para uma melhoria das condições de acessibilidade aos serviços de saúde, a partir da criação de uma unidade funcional num quadro de pluralidade administrativa.

Como já foi mencionado, o Instituto Nacional de Obras Sociais - INOS - é um órgão de administração indireta ligado a Secretaria de Saúde do MSAS, cuja finalidade é reduzir as desigualdades de cobertura e normatizar a ação das Obras Sociais. Para tal, conta com recursos da ordem de 10% da receita total de cada Obra Social, os quais constituem um Fundo de redistribuição. Mas a partir do objetivo de criar uma unidade funcional na administração das Obras Sociais, em moldes mais equitativos, pretende-se negociar uma ampliação dos recursos à disposição do INOS. Tal ampliação ocorreria a partir dos seguintes critérios:

a) - As Obras Sociais mais pobres continuariam a destinar 10% de seus recursos ao INOS;

b) - As Obras Sociais com mais recursos passariam a destinar ao INOS 15% de sua receita;

c) - O INOS poderia lançar mão, ainda, de 50% das receitas das chamadas "Leis Especiais" (1% sobre o consumo de energia elétrica; 0,2% dos depósitos à vista da rede bancária, etc.).

Em 1987, os recursos a disposição do Fundo de Redistribuição somavam cerca de US\$ 250,0 milhões para um orçamento das Obras Sociais de US\$ 2,2 bilhões. Com a nova proposta pretende-se elevar em 1/3 a arrecadação do Fundo de Redistribuição.

Tal projeto prevê, ainda, maior autonomia do INOS na repartição do Fundo de Redistribuição, evitando os atuais endividamentos das grandes Obras Sociais com o Fundo, para efeito de financiamento de déficits. Com isso o papel do setor público no fomento ao investimento e gastos em custeio, na busca de maior equidade, se fará sentir de forma mais intensa.

Sob a ótica dos instrumentos de controle, pretende-se criar um efetivo mecanismo de monitoramento das aplicações feitas pelas Obras Sociais, seja no que diz respeito ao patamar mínimo de cobertura a ser proposto, seja no que se refere ao controle das transferências feitas ao setor privado, tendo em vista evitar fraudes e propiciar maior eficácia no retorno dos serviços e procedimentos a serem pagos. Nesse particular, uma das propostas em curso diz respeito ao aperfeiçoamento dos "nomencladores" e das tabelas de serviço, a partir da utilização de pagamentos por diagnóstico e não somente por procedimentos, tais como as estratégias de DRG (Diagnosis Related Groups) utilizadas na Inglaterra e Estados Unidos, que combinam critérios de pagamento para grupos homogêneos de procedimentos vinculados a determinados grupos de diagnóstico.

A Lei do Seguro Nacional de Saúde, aprovada na Câmara dos Deputados, tem sido negociada recentemente com a Confederação Geral dos Trabalhadores, que a apoia. Restam, no entanto, outros estágios de negociação, tais como as Confederações de empresários, Governos Provinciais, Associação Médica, Empresários do setor saúde, etc. Para proceder a tal processo de negociação, foi instituída desde 1984 a "Comisión Permanente de Concertación en Salud". Tal Comissão só começou a funcionar efetivamente em junho de 1987 (44). Até agosto daquele ano, somente questões relacionadas ao valor das tabelas de pagamento haviam sido negociadas e aprovadas. A experiência tem demonstrado, no entanto, que acordos pontuais tem sido mais fáceis de serem negociados do que aqueles de caráter geral. Ao que parece, a etapa de maior importância nas próximas negociações será aquela relativa ao aumento da contribuição das empresas na composição do fundo de custeio das Obras Sociais.

Um dos principais objetivos da nova estratégia traçada para o setor saúde argentino é recuperar o papel do setor público na prestação de serviços e na condução da política de saúde. Para isso, é essencial aumentar o escopo das ações estatais, bem como sua base de custeio. A última crise econômica 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%. Neste mesmo

período, a participação das Obras Sociais aumentou de 35,8% para 39,2% e a do setor privado, de 34,1% para 38,1% (45).

Hoje, existem planos de reaparelhamento de hospitais e ambulatórios da rede pública, tanto na capital como nas províncias. Recursos internacionais tem sido direcionados para a rede pública, como é o caso da construção de 11 hospitais financiados pelo BID, a serem localizados em algumas províncias, somando capacidade de atendimento de 3.300 leitos. Da mesma forma, tem aumentado o número de contratos, credenciamentos e convênios das Obras Sociais com a rede pública, como é o caso dos US\$ 3,6 milhões repassados anualmente à Prefeitura de Buenos Aires, e que representam cerca de 7% do orçamento total do setor público em saúde daquela municipalidade. Assim, é possível detectar, mesmo que de forma tímida, uma tendência, nos dois últimos anos, a um maior investimento no setor público.

Outro ponto a salientar é o fato de que, muitos mecanismos que vem sendo propostos poderão ter efeito contrário ao esperado no que diz respeito ao aumento dos recursos disponíveis. Para exemplificar, vale lembrar que o INOS pretende acabar com a duplicidade de cobertura pela existência de pessoas beneficiárias de mais de uma Obra Social. Mas a opulência do sistema consiste, também, na existência de dupla ou tripla arrecadação, o que faz, também, com que, em muitos casos, as Obras Sociais tenham que cobrir um número menor de beneficiários proporcionalmente ao que arrecadam.

Assim, a múltipla cobertura/ múltipla arrecadação tem origem num problema de maior envergadura que é o multi-emprego da população argentina, que tem aumentado em larga escala, nos últimos anos, como mecanismo de defesa à deterioração dos salários reais. Portanto, a proposta de "queda de arrecadação" com base no argumento da "queda de cobertura" só teria sentido caso ocorresse forte elevação da taxa de salários, o que depende do comportamento de tendências macro-econômicas não controladas pelos organismos de saúde e associadas ao processo redistributivo da sociedade argentina.

Outra questão relaciona-se a criação de uma Obra Social para os autônomos. Estes, como se sabe, detêm um perfil totalmente desconhecido, o que cria a necessidade de meios de conhece-los através de pesquisas domiciliares de emprego e subemprego, tais como as realizadas sistematicamente ou eventualmente pelo INDEC (46).

Por fim, um último ponto relaciona-se a necessidade de revigorar a base técnica do setor de prestação de serviços de saúde que, com a última crise econômica, passou a estar bastante defasada tecnologicamente. Cabe destacar que o setor público deveria liderar esse processo de cobertura do hiato tecnológico, em função da escala de investimentos e do longo prazo de retorno a eles associados, apesar de sua essencialidade.

#### I.4 - O FINANCIAMENTO DA SAÚDE NO CHILE (47)

A Seguridade Social chilena foi pioneira em termos latino-americanos. Isto porque desde meados do século XIX surgem os programas de pensão e assistência médica das forças armadas, empregados públicos e ferroviários (48). No entanto seu desenvolvimento, apesar de mais centralizado pelo Governo em sua origem do que o ocorrido com os demais países latino-americanos, mantém muitas similitudes com o que ocorreu com países como o Brasil e Argentina. No início dos anos 20 foi criado o Ministério do Trabalho, Higiene, Assistência e Previdência Social. Este período marcou, também o surgimento de três caixas previdenciárias: a de Seguro Social Operário, posteriormente Serviço de Seguro Social (SSS), criada em 1924; a dos Empregados Particulares (EMPART) e a dos Empregados Públicos e Jornalistas (CANAEMPU), ambas em 1925.

Estas três caixas, como ocorreu com muitas outras experiências latino-americanas, tinham uma forma de financiamento e administração tri-partite (Empregados, Empregadores e Estado). No entanto, todas elas detinham taxas de cotização diferenciadas e, portanto, programas de cobertura dos serviços de assistência médica e fornecimento de benefícios também diferenciados. Este rol de diferenciação se manteve desde a década de vinte até os anos recentes, tendo sido um dos traços da fragmentação dos movimentos trabalhistas no Chile. Assim os programas de seguridade social não foram desenvolvidos numa perspectiva universalizante, mas sim dirigidos para distintos segmentos populacionais.

Apesar da diferenciação de cotas e benefícios, pode-se dizer que o sistema de seguridade social chileno tem ampliado sua base de financiamento ao longo do tempo, conforme evidencia a tabela I.13.

Observa-se que as três principais instituições de seguridade social aumentaram as cotas de contribuição de seus beneficiários entre 1930 e 1980. Deve-se destacar, no entanto, as diferenças existentes quanto a esta contribuição. Tanto no SSS como na EMPART, a contribuição das empresas tem sido historicamente superior a dos trabalhadores. Isto não acontece, no entanto na CANAEMPU, onde ocorre fenômeno inverso.

Outra forma de observar a expansão do gasto social chileno é analisar sua relação com o produto interno bruto (PIB) ao longo do tempo. Em 1925 ele equivalia a 2,1% do PIB e em 1945 a 8,0%.

Após a estagnação econômica propiciada pela crise de 1929 e pela queda das exportações, verifica-se no Chile uma expansão seletiva dos benefícios e serviços ofertados pela

seguridade social. A ampliação da assistência médica, a maternidade para as famílias operárias e a concessão de benefícios por doença, em 1938, foram medidas seletivas, na medida em que se estendiam apenas aos segmentos corporativamente mais fortes da sociedade e do meio operário.

Foi ainda nos anos trinta que se verifica no Chile a separação do Ministério do Trabalho do da Saúde e Previdência Social. Quanto a este ponto cabem alguns comentários. A estrutura das instituições federais de serviços de saúde no Chile desenvolveu-se, de forma similar ao verificado na Argentina. Em outras palavras, nota-se desde cedo naquele país uma institucionalização das estruturas de saúde, assistência médica e seguridade social num único Ministério. No Brasil, ao contrário, a Previdência Social esteve até os anos 70 atrelada a estrutura do Ministério do Trabalho, o mesmo acontecendo com a assistência médica previdenciária. Analogamente, o Ministério da Saúde no Brasil passou a ter, desde os anos cinquenta, uma estrutura autônoma, cuidando preponderantemente dos aspectos ligados a higiene e saúde pública.

A partir de 1938 e até 1947, uma coalizão de partidos políticos, liderada pelo Partido Radical possibilitou o crescimento da organização política dos segmentos populares, o que garantiu uma ampliação dos mecanismos de seguridade social. Foi nessa época que criam benefícios como seguro desemprego para os ferroviários e para os empregados das municipalidades, auxílio doença para os empregados privados, diversas formas de seguro para os bancários, etc. Mas ao final dos anos quarenta, um deslocamento de forças políticas para a direita passa a reprimir o movimento sindical e operário, além de colocar na ilegalidade o partido comunista chileno. Tal espécie de "macartismo" à chilena transformou o movimento de seguridade social, que nos anos anteriores tinha assumido feições democrático-populares, num movimento elitista, voltado para a consolidação dos privilégios das camadas médias urbanas e da "aristocracia operária". Do final dos anos cinquenta até 1973, retomou-se o aprofundamento democrático das instituições chilenas, o que se refletiu no retorno a democratização das instituições previdenciárias e na ampliação da cobertura do sistema.

Assim, entre 1945 e 1969 a seguridade social chilena evolui sua cobertura de 63% para 80% da força de trabalho do país. Tal participação declina suavemente para 79% em 1974 quando, começa a cair rapidamente até atingir novamente a cifra de 63% em 1980, retomando patamares existentes há 35 anos atrás. De qualquer forma, observa-se que a fase de consolidação democrática trouxe forte expansão de cobertura dos mecanismos de seguridade social. A redução de cobertura verificada na segunda metade dos anos setenta é decorrente da adoção de políticas ortodoxas elitistas de corte no gasto público ou de direcionamento deste para determinados segmentos populacionais de maior renda (sugeridas pelos organismos financeiros internacionais como o FMI), a partir da instauração da ditadura militar e da crise econômica mundial vigente no período.

Cabe, no entanto, verificar como tem se repartido o gasto da seguridade social ao longo dos últimos quarenta anos, o que pode ser visualizado pela tabela I.14.

Observa-se que, em 1945, o principal destino dos recursos eram os gastos com assistência médica. Isto é comum nos primeiros anos de implantação de regimes de capitalização previdenciária do tipo repartição simples, onde os segurados, em geral, ainda não detêm tempo de serviço para fazer jus a benefícios vitalícios (aposentadorias e pensões). Com o tempo, observa-se o forte aumento das despesas com benefícios, que passam a se constituir na maior fonte de desembolsos do sistema já em 1950. As informações disponíveis indicam, também, que até os anos cinquenta, as receitas superavam a despesa do sistema. No entanto, a ampliação da gama de benefícios, sem a consequente ampliação das bases de receita trouxeram a ocorrência de déficits operacionais e levaram a reformas no sistema ao longo dos anos cinquenta e sessenta.

#### I.4.1 - As Reformas no Sistema de Atenção a Saúde no Chile.

As Reformas que se processaram na seguridade social chilena, a partir dos anos cinquenta tiveram impactos, não apenas ao nível das receitas, mas também ao nível das despesas e da estrutura administrativa, aumentando a cobertura e a equidade de alguns programas, unificando regimes de prestação de serviços e racionalizando procedimentos.

Em 1952, a Caixa de Seguro Operário foi reorganizada, dando origem ao Serviço de Seguro Social (SSS) e ao Serviço Nacional de Saúde (SNS) (49), sendo que este último teve sua origem no antigo Departamento Médico da Caixa de Seguro Operário. A partir dessa reforma, aumentou o leque de cobertura, na medida em que o novo SNS unificou muitos serviços dispersos de saúde, passando a proteger, não só os operários segurados, mas também os trabalhadores não segurados e os indigentes. No entanto, não havia nenhuma homogeneidade na cobertura dessas clientela:

"Os beneficiários do SNS tinham direito à assistência integral (preventiva, curativa e reabilitativa). O restante da população somente podia receber assistência preventiva ou de fomento à saúde (através de campanhas de vacinação, saúde ambiental, etc.) (...) o SNS era um organismo descentralizado administrativamente, cujo objetivo básico era o desenvolvimento de ações de fomento, proteção e recuperação da saúde da população beneficiária do SSS" (50).

Em 1960 foi criado o Serviço Médico Nacional de Empregados (SERMENA) que, da mesma forma que o SNS, objetivava

prestar cuidados a saúde de seus afiliados. Tal atenção era, na maioria dos casos, preventiva, dado que as ações de caráter curativo limitavam-se a um pequeno grupo de funcionários governamentais. Sua fraca atuação nos primeiros anos de funcionamento fez com que o Serviço fosse reorganizado em 1968. O novo sistema, com financiamento paritário, propiciava assistência em hospitais, clínicas e médicos pelo sistema de livre escolha; organizava um sistema de bônus/cheque-consulta para pagamento de serviços de saúde, além de contar com equipes de controle e avaliação dos serviços.

No entanto, a existência em separado do SNS e do SERMENA reforçava a multiplicidade institucional e a segmentação de clientela do sistema. Tal característica atravessou os anos sessenta e se manteve, até mesmo, no governo de unidade popular de Allende. Isto porque seria muito difícil politicamente desmontar a estrutura que fornecia privilégios aos segmentos mais corporativizados da sociedade, unificando o rol de benefícios e a administração da seguridade social. Ausência de solidariedade social e falta de apoio político foram características da condução da Previdência Social durante o Governo Allende. Mesmo assim, neste período foi criado um Fundo independente que financiava benefícios e serviços de saúde para autônomos e pequenos proprietários, ampliando a cobertura de um segmento social até então pouco coberto pela seguridade social.

Foi no Governo Allende que surgiu, também, uma proposta que não chegou a se concretizar, de convênio entre o SNS e o SERMENA, visando unificar alguns programas e reduzir a desigualdade de cobertura e a inequidade de atendimento entre diferentes tipos de segurados.

Com o golpe militar de 1973, estabeleceu-se forte tendência à privatização dos mecanismos de seguridade social. As reformas que se processam entre 1973 e 1979 no sistema previdenciário chileno levaram a uma efetiva redução da cobertura e do gasto público social, embora trouxessem maior uniformidade aos programas existentes.

A tabela I.15 mostra que entre 1974 e 1979 o gasto social per-capita no Chile caiu cerca de 9,8%, o que indica a dimensão do aperto fiscal sofrido nas políticas sociais operadas pelo Governo.

Segundo Rodriguez (51) as reformas no sistema de saúde chileno que se operam a partir do golpe militar, podem ser divididas em três momentos: de 1974 até agosto de 1979; de agosto de 1979 até fevereiro de 1981 e a partir desta data.

O primeiro momento caracterizou-se pela ausência de mudanças substantivas, embora as medidas implementadas visassem a racionalização das funções e regionalização das ações do Ministério da Saúde. O sistema de atenção médica até então montado (SNS e SERMENA) não foi afetado.

O segundo momento foi marcado pela reforma das instituições previdenciárias e do sistema de saúde, tornando mais eficiente suas linhas normativa, executora e financeira. Neste particular, o Ministério da Saúde passou a ser responsável pela normatização; as instâncias descentralizadas pela execução e o financiamento ficou a cargo do "Fondo Nacional de la Salud" (FONASA) criado para este fim. Com esta reforma foi constituído no Chile o Sistema Nacional de Serviços de Saúde (SNSS) que incorporava, em suas unidades descentralizadas (27 unidades) a estrutura do antigo SNS.

A estrutura do novo SNSS proporcionava assistência gratuita a indigentes e trabalhadores cujo rendimento não ultrapassasse determinado nível. Os novos serviços regionalizados e descentralizados de saúde, mesmo estando subordinados normativamente ao Ministério da saúde, detinham autonomia técnica, orçamentária e administrativa. Tais instâncias podiam também contratar serviços privados de saúde, na forma de concessão, mediante convênios, desde que fossem cumpridas determinadas condições. Segundo informações, a atuação do novo sistema passou a repousar numa estrutura baseada na eficiência e concorrência empresarial.

O principal papel do FONASA era o de centralizar, ao nível nacional, o orçamento da saúde pública, canalizando os recursos para os serviços regionais ou para os concessionários federais de serviços de saúde. Apesar deste fundo ter sido criado em 1979, foi em 1981 que ele assumiu suas principais funções no que diz respeito a centralização e distribuição dos recursos. Ao centralizar recursos antes operados pelo SNS e pelo SERMENA, o FONASA permitiu maior liberdade de escolha do segurado quanto ao serviço a ser prestado, aumentando o grau de acesso e, portanto a uniformidade dos serviços de saúde postos a disposição dos segurados. A grande restrição, no entanto, consistiu na criação de tetos de subsidio aos serviços de saúde, segundo a renda do segurado.

"Os empregados tinham direito à livre escolha (como herança do sistema antigo SERMENA) com 3 níveis correspondentes a custos crescentes. O FONASA financiava apenas um valor igual básico para os três níveis, subsidiando entre 25% e 50% da assistência. Logo, com excessão dos cobertos pelo SNSS, os segurados deviam custear ao menos metade das prestações não-monetárias. Compravam um bônus no FONASA (incluindo o subsidio) para um dos 3 níveis e com este bônus pagavam pelos serviços, ficando a diferença por sua conta. Os operários também tinham direito à livre escolha, mas na prática o custo dos serviços reduzia bastante essa possibilidade. De igual modo, os empregados podiam usar os serviços de saúde do SNSS, mas preferiam, geralmente, os serviços privados. Os trabalhadores autônomos, no caso de terem renda suficiente e não aportarem ao FONASA ou aos seguros de saúde privados, deviam assumir totalmente os seus gastos" (52).

Ao incorporar fontes de recursos advindas do orçamento fiscal e dos fundos previdenciários e canalizá-los para as administrações unificadas regionalizadas (serviços de saúde) ou para o setor médico-assistencial privado, (através da venda de bônus), o FONASA atuava como a instância que detinha maior poder na determinação real da política de saúde chilena. Mas, grande parte das informações disponíveis indicam que, apesar da maior homogeneidade, esse novo arcabouço institucional, pela privatização da atenção médica dele decorrente, trouxe uma redução efetiva do acesso e cobertura de algumas modalidades assistenciais, além de custos crescentes para os usuários do sistema, com excessão dos usuários da rede pública (ex-SNS) que continuavam a ter acesso gratuito as modalidades assistenciais disponíveis. Note-se que a cotização de 4% da remuneração mensal tributável dos trabalhadores a título de contribuição para os serviços de saúde (mecanismo semelhante ao que existe na argentina) foi mantida, tendo sido até ampliada para 6% em 1983.

Mas a principal mudança ocorrida no sentido da privatização foi a possibilidade, criada a partir de 1981, dos segurados poderem fazer de forma alternativa às cotizações para o setor público, contribuições para instituições de caráter privado. Com isso o encargo de saúde descontado mensalmente da folha de cada trabalhador poderia ir para o FONASA ou para um organismo de medicina privada. Este representa o terceiro momento das reformas do sistema de saúde chileno após o golpe militar. Com isso, não só se abriu a possibilidade de co-financiamento, por parte do usuário, em muitas das modalidades do sistema, com também restringiu-se a ação pública aos setores que não têm capacidade de pagamento.

O conjunto das instituições privadas que passaram a receber recursos com essa nova modalidade foram denominadas Instituições de Saúde Previdenciária (ISAPRE). Os recursos destinados às ISAPRES era repassado diretamente pelos Fundos de Pensões dos assalariados e autônomos, na medida e na proporção em que houvessem optantes. Para prestar tais serviços, cada ISAPRE se obrigava a, no mínimo, fornecer os mesmos serviços cobertos pelo FONASA, o que na prática não ocorria dada a precária estrutura de fiscalização do sistema. Cada segurado tinha direito a escolher vários planos, segundo a sua capacidade de pagamento, a partir de diferentes condições. Apesar de se desligar do FONASA, o trabalhador optante das ISAPRES, poderia continuar fazendo uso dos recursos desse fundo, apesar das crescentes limitações de cobertura dos programas governamentais. Tal uso limitava-se, no entanto, a medicina preventiva, incapacidade para o trabalho ou maternidade que, a rigor, eram universais.

Informações de MESA-LAGO indicam que, até 1984, somente 3% dos filiados aos Fundos de Pensões (em geral, os assalariados de maior renda) haviam optado pela estrutura das ISAPRES. Mesmo assim, tal transferência havia criado um deficit estimado entre 7% e 9% dos recursos do FONASA.

De qualquer forma, a estratégia do Estado chileno, no campo das políticas de saúde, tem sido estimular a proliferação de seguros privados, reduzindo a ação estatal ao mínimo indispensável. O setor privado tem encarado tal estratégia com cautela, pois o volume de adesões às ISAPRES tem sido por demais reduzido para estimular investimentos de grande vulto.

#### I.4.2 - As Despesas com Saúde no Chile: O Contexto da Crise

O gasto público em saúde no Chile não tem sofrido grandes oscilações nas duas últimas décadas. Pode-se até dizer que, ao longo desse período observa-se uma suave elevação não só do gasto fiscal como do gasto público em saúde, como pode ser visto na tabela I.16.

Entre 1970 e 1974, período no qual se circunscreve o Governo Allende, verifica-se forte expansão do gasto governamental em saúde. O gasto público cresceu 18,4% e seu componente fiscal 48,2%, em termos reais ao longo desse período. Isso mostra claramente a preocupação social do governo de unidade popular. De 1974 até 1978 observa-se uma constante queda real do dispêndio do setor público com saúde. Nesse período o gasto público com essa função caiu 11,1%, indicando um abandono da prioridade de gasto com o setor. Para exemplificar, o gasto fiscal com saúde apresentou uma queda real de 33% nesse intervalo de tempo.

A partir de 1979, verifica-se uma retomada dos dispêndios governamentais, que se estende até 1981, com um crescimento real de 20,8%, em termos reais, no período 1978/1981. A partir de 1982, o gasto público em saúde retorna a decrescer, atingindo em 1983 níveis próximos aos de 1975 e inferiores aos de 1974.

Ao que tudo indica, portanto, o gasto governamental com saúde no Chile tem oscilado mais em função de determinantes e prioridades políticas do que em função de comportamentos cíclicos conjunturais. A análise da série fornecida pela tabela I.16 indica, em alguns casos, um comportamento anti-cíclico, com excessão dos anos 1982 e 1983, quando o arrefecimento do volume de gastos coincide com a tendência recessiva que se instaura na maioria dos países latino-americanos. Ao longo de todo o período 1970 e 1983 ele nunca foi menor do 2,9% e nunca foi superior a 3,7% do PIB. Informações baseadas nas pesquisas de orçamentos familiares do Chile indicam que o gasto privado com saúde tem variado entre 2% e 3% do PIB. Nessa perspectiva, o gasto total pode ter chegado à 6% ou 7% do PIB nos últimos anos.

O gasto público em saúde no Chile correspondia a 9,4% do gasto público total do país em 1979. Esta proporção também não tem variado substancialmente ao longo dos últimos anos. Destaca-se, em particular, o ano de 1976, quando ele chegou a

8,1%, como ano de mais baixa participação entre 1969 e 1979.

A distribuição do gasto público em saúde apresentou, ao longo do período 1979-1983, a estrutura constante na tabela I.17

Observa-se uma redução relativa da participação dos gastos com pessoal, certamente decorrente da redução do nível de serviços ofertados pelo setor público, a partir da estratégia de privatização. Verifica-se também que os níveis de investimento públicos em saúde, que já eram baixos em 1979, reduzem-se ainda mais em 1984. Portanto, o que aumenta são os recursos a título de transferências e as compras de serviços.

A redução do volume de investimentos públicos em saúde, a qual se verifica desde a queda do Governo Allende deve ser entendida como uma contrapartida do processo de transferência de encargos sociais ao setor privado. A tabela I.18 mostra a evolução dos investimentos governamentais em saúde no Chile desde 1969 até 1983.

Verifica-se que a queda dos investimentos governamentais não foi fenômeno isolado do setor saúde, mas característica comum à totalidade dos setores sociais chilenos. Depois de ter se elevado em 54,1%, no período 1969/1974, os investimentos sociais no Chile caem nada menos que 72% entre 1974 e 1982. No caso do setor saúde, verifica-se uma queda ainda mais dramática nesse último período (75%). Esses dados fornecem a dimensão do estado de sucateamento a que foi submetida a rede de serviços públicos de saúde no Chile, pois um investimento de 0,9% do volume total de gastos (tal como o verificado em 1982) não é suficiente, sequer, para repor a depreciação de capital fixo.

Enquanto se deterioram as condições de atendimento do setor público, vem aumentando o número de beneficiários das ISAPRES, que passam de 172,7 mil pessoas em setembro de 1982 para 611,7 mil pessoas em março de 1986. Apesar desse número ser ainda pouco expressivo, em face da magnitude da população chilena, ele mostra o rápido crescimento do seguro-saúde privado no Chile, nos anos recentes.

Portanto, o Chile, nos últimos 15 anos, tem modificado não só o escopo das políticas de saúde como também as formas de administração do sistema de atenção médica. As estratégias de descentralização dos serviços de saúde no Chile, postas em prática desde 1979, tem permitido uma redução dos gastos do sistema, através de maior ênfase nos programas de atenção primária e na privatização progressiva do sistema de atenção médica.

Apesar dos impactos dos programas de atenção primária na redução da mortalidade infantil, sabe-se que, por outra via, a redução dos recursos públicos disponíveis para atenção médica tem restringido a cobertura para determinados níveis de complexidade do sistema de saúde, bem como trazido custos adicionais para a classe trabalhadora, que tem, muitas vezes que adicionar recursos

próprios para ter uma atenção médica satisfatória, dentro do programa de privatização. Os programas operados pelas ISAPRES necessitam, por outro lado, de maior fiscalização por parte das instâncias governamentais, pois com o aumento dos custos da atenção médica verificados no país, há fortes indicações de perda da qualidade dos serviços.

#### I.5 - ASPECTOS INSTITUCIONAIS DO FINANCIAMENTO DAS POLITICAS DE SAUDE NA COLOMBIA (53)

A origem das ações públicas de saúde na Colômbia não se diferencia muito do desenvolvimento vivido pela maioria dos países latino-americanos. Registra-se o surgimento de organismos públicos centrais voltados para políticas sanitárias e de atenção coletiva, ao lado de outros voltados para a atenção médica de segmentos trabalhadores, numa perspectiva de previdência social.

A partir de 1975, criou-se uma lei que definia o setor saúde colombiano, a partir da estrutura de um "Sistema Nacional de Salud". Apesar de ser uma forma meramente organizativa, tal estrutura tem permitido ao Governo uma maior transparência na delimitação de suas competências e na execução de suas funções. O sistema de saúde colombiano pode ser de três setores:

a) - O Setor Oficial, que engloba o Ministério da Saúde, seus organismos descentralizados, os escritórios regionais e a rede de hospitais públicos regionalizada, conformada em tres níveis de atenção;

b) - O setor descentralizado, que envolve não só os órgãos de atenção médica, integrantes do Instituto de Seguros Sociais, da Caixa Nacional de Previdência e das caixas de previdência regionais, mas também as empresas de saneamento (água e esgoto) que, a rigor, não deveriam ser consideradas como integrantes do sistema de saúde;

c) - O setor privado, subdividido em "com fins lucrativos" (hospitais, centros ambulatoriais, laboratórios de análises clínicas, e outros serviços auxiliares) e os "benéficos e filantrópicos, onde se inclui Fundações ou Associações civis ou religiosas, que prestam serviços de forma gratuita ou subsidiada.

Há ainda toda uma rede de consultórios médicos e odontológicos privados que, teoricamente não estão no grupo c, mas absorvem uma considerável fatia dos gastos em saúde ao nível da população.

Embora não existam informações precisas sobre as questões relacionadas a cobertura e participação no financiamento de cada um desses setores, estima-se que o setor oficial tenha um alcance potencial de 70% da população. Este alcance é meramente

potencial, pois corresponde a um resíduo da parcela da população não coberta pelos demais setores (descentralizado e privado). Além do mais, tal setor se destina a um clientela universal, mas seu nível de atendimento deixa a desejar, quando comparado com o setor descentralizado. Este setor cobre apenas 16% da população. O setor privado cobre de 10% a 14% da população. Com isso, nota-se a grande iniquidade do sistema de saúde colombiano; um sistema onde mais da metade da população só tem acesso às formas públicas de atenção médica, as quais são reconhecidas como insuficientes em face do quadro nosológico da população.

Quanto ao financiamento, destaca-se que o setor oficial era responsável por 36,3% dos gastos com saúde em 1985. Neste mesmo ano, o setor descentralizado respondia por 54,4% dos recursos, para atender apenas 16% da população. O setor privado e os consultórios médicos respondiam por valor residual de 9,3% dos gastos com saúde na Colômbia.

A tabela I.19 mostra a evolução da estrutura de gastos com saúde na Colômbia, segundo seus distintos componentes:

Observa-se, nos últimos anos uma forte tendência à redução relativa dos recursos alocados no setor público oficial, ao lado do aumento dos recursos postos a disposição do setor descentralizado. Os gastos privados se reduzem a partir de 1983, provavelmente pela redução da disponibilidade de renda real dos segmentos médios da população, ao longo da crise.

Entre 1977 e 1985 tem crescido a participação do gasto em saúde no PIB colombiano. Em 1977 esta participação era de 3,78%. Em 1984 ela chegou a 5,02%, decrescendo para 4,55% em 1985. Como não foi possível indexar as séries nominais de gastos com saúde e PIB na Colômbia, pela indisponibilidade de dados inflacionários, nada se pode afirmar com precisão, sobre o comportamento dos gastos reais com saúde ao longo da crise. Os gastos orçamentários do setor oficial também aumentam sua participação no orçamento nacional entre 1980 e 1985, passando de 6,07% para 6,53%, respectivamente.

Porém, diferentemente do que vem sendo detectado na Argentina, Brasil e Chile, não se observou na Colômbia nenhuma estratégia de mudança ou ajustamento na estrutura de financiamento ou na organização do sistema de saúde colombiano ao longo da crise. Da mesma forma não existem perspectivas imediatas de que uma estratégia dessa natureza venha a ocorrer. Assim, ao que parece, os recursos conservarão uma tendência ao crescimento vegetativo dos recursos na estrutura atualmente existente.

Sabe-se, no entanto, que a existência de mecanismos clientelistas de utilização dos recursos, aliados a frouxidão dos mecanismos de fiscalização, no que diz respeito ao cumprimento das normas existentes, tem gerado evasões de recursos lesivas ao setor.

Em termos de fontes alternativas de recursos, tem-se

pensado, embora não sistematicamente, na utilização de alíquotas adicionais dos impostos sobre consumo de bebidas alcoólicas, bem como, no caso dos municípios, no aumento dos impostos sobre o valor adicionado, como forma de aumentar as transferências de recursos para a saúde. Neste último caso, as municipalidades se obrigariam a cobrir as despesas com saneamento, bem como a totalidade dos gastos com atenção primária à saúde.

Seja com for, ambas as medidas levam ao aumento de impostos sobre o consumo que são facilmente repassáveis aos preços em estruturas econômicas oligopólicas, o que penaliza, em geral, toda a população que, além da carestia, passa a pagar mais por recursos que, potencialmente deveriam ser custeados de uma forma mais solidária do ponto de vista fiscal.

## I.6 - AS REFORMAS ESTRUTURAIS NO SISTEMA DE SAÚDE MEXICANO

### I.6.1 - Aspectos Gerais do Sistema de Saúde no México

As relações do Estado com a classe trabalhadora no México se estabeleceram precocemente. Na verdade, desde o final da revolução mexicana, tais relações se intensificam. Foi assim que a Constituição Mexicana de 1917 foi a primeira, no contexto latino-americano a incluir direitos do trabalhador, instituindo salários iguais para trabalhos iguais, jornada semanal de seis dias, com carga diária de 8 horas de trabalho, salário-mínimo, indenização pela demissão imotivada, proibição do trabalho de crianças e direito de greve. Com isto, o Governo mexicano antecipou-se no desenho das estratégias de cooptação da classe operária, integrando princípios democrático-liberais e corporativos (54).

Os mecanismos de seguridade social se iniciam a partir dos anos vinte, mais precisamente no governo do presidente Calles, quando são criadas três Caixas: a dos funcionários públicos, que provia os benefícios básicos; a dos militares e a dos professores públicos. Mas a regulamentação dos mecanismos de seguridade social só se efetivou em 1943, quando surgiu a primeira legislação específica sobre benefícios e acesso à saúde.

Ao longo dos anos cinquenta e sessenta, os avanços da seguridade social mexicana foram lentos e cheios de percalços. A política social era, praticamente, subordinada as metas políticas do governo (55). Os programas se expandiam verticalmente e não horizontalmente, o que reificava privilégios de segmentos mais politizados da classe trabalhadora e da própria população. Em 1970, somente 25% da força de trabalho era coberta pelos programas de seguridade social. A partir dos anos setenta, a cobertura desses programas teve sensíveis avanços.

Quanto a cobertura dos serviços de atenção médica da

seguridade social, verifica-se o mesmo fenômeno. Em 1960, apenas 12% da população economicamente ativa estava coberta por esses serviços. Tal cobertura evoluiu para 24,7% em 1970 e para 35,1% em 1978. Mas, comparando-se com países como Argentina, Brasil, Chile, Costa Rica e Uruguai, tal cobertura deixava muito a desejar, na medida em que se estende a uma pequena parcela dos trabalhadores e seus dependentes, excetuando-se aqueles que trabalham sob a égide dos sistemas especiais.

Como ocorre na maioria dos países latino-americanos, a maior parte das instituições médicas no México são gerenciadas pelos organismos de seguridade social. Os dois principais órgãos nesse nível são o Instituto Mexicano de Seguro Social (IMSS) e o Instituto de Seguridade Social e Serviços Sociais dos Trabalhadores do Estado (IMSS e ISSSTE). O financiamento dos serviços de saúde, com base nas informações de 1981, é feito a partir de contribuições independentes para a saúde, onde o empregado contribui com 2,25% dos seus salários, o patrão entra com 5,625% da folha de salários e o Governo adiciona o equivalente a 1,125% dos salários, gerando recursos que equivalem, como cota, a 9% dos salários. Destaca-se, ainda, a inexistência de qualquer mecanismo de assistência médica para autônomos e trabalhadores por conta própria, no âmbito da seguridade social (56).

Em termos gerais, os recursos voltados para saúde da Seguridade Social no México apresentavam, em 1984, a distribuição constante na tabela I.20.

A maior parcela dos recursos (quase 2/3) provém de aportes das empresas. Menos de 1/4 são recursos diretamente custeados pelos assalariados. O Estado contribui com 11% e o restante provém de aplicações, receitas patrimoniais, doações e outros aporte de menor importância.

Ao se considerar a totalidade dos recursos postos a disposição do setor saúde no México (incluindo os gastos estatais com saúde pública), verifica-se que, em 1980, 74,3% dos ingressos advinham dos fundos de empregados e empregadores da seguridade social; 19,7% eram oriundos de aportes governamentais e o restante provinham de outras fontes.

Resumindo, as políticas de saúde no México a partir de 1940 e até 1980 foram caracterizadas pelos seguintes aspectos (57):

a) - Atendiam apenas a uma pequena fração da população. Em 1970, estima-se que somente 55% da população era coberta de alguma forma (25% pela seguridade social, 19% pelo setor público não previdenciário e 11% pelo setor privado não-conveniado);

b) - Os serviços de saúde não reuniam os requisitos de acessibilidade geográfica e por classe social e não atendiam ao perfil das necessidades das camadas mais pobres da população;

c) - O modelo de atenção era curativo, urbano, hospitalar, oneroso e ineficaz;

d) - Havia uma multiplicidade de programas e planos de saúde totalmente desconexos entre si;

e) - O governo autorgava baixa prioridade ao gasto com saúde, sendo que este se concentrava basicamente na atenção de uma parcela dos trabalhadores assalariados e a burocracia;

#### 1.6.2 - Reformas Estruturais (58)

A partir de 1981, o governo mexicano começa a empreender uma série de transformações estruturais em seu sistema de saúde, buscando dar maior uniformidade e cobertura a população, no sentido de alcançar a meta "Saúde para todos no ano 2000. O novo modelo, que visa uma atenção universal à saúde, deverá ser implantado em etapas. Numa primeira etapa, será dada prioridade aos serviços não-pessoais (medidas sociais e ambientais como acesso à água e esgotos sanitários, saneamento ambiental e controle da poluição). Em seguida, será dada prioridade às chamadas medidas de "atenção primária à saúde, a partir de uma efetiva hierarquização e regionalização da rede de serviços. Tal etapa contará com forte participação popular na definição das prioridades e na formação local de recursos humanos para este fim.

Uma terceira prioridade, já para a década de 1990-2000, seria a reestruturação da oferta de serviços médicos de maior complexidade. A totalidade do novo modelo deverá estar centrada numa inversão da pirâmide ocupacional do setor que hoje conta com 42 médicos para cada 100 profissionais de saúde. Deseja-se alcançar uma relação de 10 médicos para cada 100 profissionais.

Para coordenar este processo, foi criada, em 1981, a Coordenação dos Serviços de Saúde da Presidência da República (CSS), a qual tem por atribuições definir os elementos normativos, administrativos, financeiros e técnicos necessários para a integração dos serviços de saúde num sistema nacional que venha a dar cobertura a toda a população.

Um outro marco importante neste conjunto de redefinições foi a consulta popular sobre Saúde e Seguridade, realizada como parte da campanha eleitoral do Presidente Miguel de La Madrid. Ao ser eleito, o presidente resolveu unificar os estudos da CSS com os resultados da consulta popular, visando traduzi-los em leis e princípios que pudessem ser implantados em sua gestão. Tais estratégias foram integradas num livro intitulado "Hacia un Sistema Nacional de Salud", publicado pela Universidade Autónoma do México. Segundo estas definições, a "Reforma Sanitária Mexicana" se definiria por tres elementos básicos:

"Un mandato, caracterizado precisamente por la inclusión del derecho a la protección de la salud en la Constitución Mexicana y por su Ley reglamentaria: la Ley General de la Salud promulgada en febrero de 1984.

Un instrumento, que es el mismo Sistema Nacional de Salud, o sea el medio para hacer crecientemente efectiva la garantía social antes mencionada.

Un instructivo, inserto en el esquema global de planeación del país y plasmado en el Plan Nacional de Desarrollo del cual es subsecuente el Programa Nacional de Salud" (59).

Quanto ao primeiro ponto, o poder legislativo mexicano entre 1982 e 1985 avançou muito no sentido de estabelecer que o direito a saúde é um direito universal de todos os cidadãos (e, portanto, um atributo de cidadania). Avançou-se, também com a promulgação de uma lei específica que definiu as bases e as modalidades de acesso aos serviços de saúde, bem como a divisão de competências entre o poder federal e o das localidades (unidades da federação e municipalidades). O artigo 4o. da atual Constituição mexicana e as regulamentações posteriores advindas com a Ley General de la Salud, promulgada em fevereiro de 1984, formalizam juridicamente todos estes aspectos.

A partir de uma estratégia de descentralização, tem-se desenvolvido o estabelecimento de Leis Estaduais de Saúde, por parte do poder legislativo local. Até meados de 1986, 15 dos 32 Estados da Federação mexicana haviam promulgado tais leis.

A Ley General de la Salud confere a Secretaria de Salud (órgão federal com estatuto de Ministério) o papel normativo, racionalizador e de fiscalização no que diz respeito a prestação de serviços de saúde. A prestação de serviços ficará a cargo dos Estados.

Quanto ao segundo ponto - o Sistema Nacional de Saúde enquanto instrumento da nova estratégia - existem 5 princípios ordenadores da Reforma Sanitária Mexicana:

a) A Setorialização das Instituições de Saúde, que tem sido possível graças a reforma da Lei Orgânica da Administração Federal, por meio da qual foi facultada a Secretaria de Saúde o estabelecimento e condução da política de saúde e assistência social. Assim, a coordenação de diversos programas interinstitucionais, bem como o planejamento, normatização e avaliação tem sido possíveis. Com isso os programas de saúde financiados pela seguridade social estão, hoje, integrados com os desenvolvidos pelas demais esferas públicas e coordenados pela referida secretaria. Tal coordenação tem permitido uma nova setorialização das ações de saúde, a partir de dois subsetores: o de Institutos Nacionais de Saúde (Cardiologia, Cancerologia,

Enfermidades Respiratórias, Nutrição, Saúde Pública, etc.) ao qual correspondiam estruturas pulverizadas de ações da medicina de especialidades existentes na estrutura anterior; e o subsetor de Assistência Social.

Ponto fundamental da setorialização foi o estabelecimento do Programa Nacional de Saúde 1984-1988, que tem sido o principal instrumento de unificação inter-institucional dos serviços da seguridade social e da Secretaria de Saúde.

b)A Descentralização dos Serviços, que visa, principalmente aumentar a cobertura do sistema pela transferência de recursos aos Estados de forma proporcional a sua carença de recursos. A primeira etapa desse processo tem consistido na coordenação programática dos serviços, através do estabelecimento de sistemas de referência e contra-referência de pacientes, nos diversos níveis de atenção, tendo como objetivo identificar omissões e cancelar duplicações. A segunda etapa se caracteriza pela unificação de todas as instituições públicas prestadoras de serviços de saúde numa única instituição ao nível de cada Estado, formando um sistema unificado e descentralizado de saúde. Até meados de 1986, 12 das 32 unidades federadas já haviam passado por esse processo de unificação. Para completar o processo, em maio de 1986 foi criado o Conselho Nacional de Saúde, o qual é presidido pelo Secretário de Saúde e composto pelos titulares dos serviços estaduais de saúde. Tal conselho tem se constituído na instância máxima de programação, orçamentação e avaliação da política nacional de saúde.

c)A Modernização Administrativa das instituições de saúde que tem propiciado não só a reordenação das funções, como também o redesenho das estruturas de planejamento, regulação, pesquisa, desenvolvimento e prestação de serviços.

d)A Coordenação Intersetorial, cujo objetivo é estabelecer o nexu entre as políticas de saúde e as demais políticas econômicas e sociais praticadas pelo Governo. Tal estratégia vem sendo galgada a partir da criação de dois colegiados: O "Gabinete de Salud" e o "Consejo de Salubridad General". O primeiro atua mais ao nível de coordenação política, enquanto o segundo assume aspectos de natureza técnica. Através desses órgãos vem sendo redesenhadas as estratégias de formação de recursos humanos para a saúde, as estratégias de pesquisa ligadas ao setor, a elaboração das listas básicas de medicamentos, bem como o programa de fomento e desenvolvimento da indústria farmacêutica, além de questões ligadas a administração do meio-ambiente. Vários Ministérios tem participado regularmente destes dois conselhos.

e) Por fim, o último principio é o de Participação Comunitária, o qual vem se desenvolvendo através da formação de Comitês de Saúde em cada localidade. Nestes comitês, os representantes dos usuários locais participam da gestão dos estabelecimentos e da fiscalização das ações realizadas.

O desenvolvimento desta estratégia pode ser refletida em alguns avanços que se delineiam a partir de 1983, cabendo destacar:

a) No campo da Saúde Pública: atenção ao parto em 50% dos casos; elevação da cobertura dos programas de imunização, com a aplicação de 46 milhões de doses de vacina entre 1983 e 1985; prestação de serviços de orientação nutricional em todo o país e, especialmente nas regiões mais desassistidas, com o aumento da disponibilidade de soros e sais hidratantes no tratamento da diarreia; maior disponibilidade de serviços de planejamento familiar; distribuição de medicamentos essenciais em todos os níveis de atenção, bem como maior produção e auto-suficiência no campo das vacinas.

b) No Campo dos Serviços de Saúde, a cobertura potencial da seguridade social aumentou 27% entre 1982 e 1986, passando de 5,5 para 7,0 milhões de trabalhadores, respectivamente. A população que efetivamente utilizou os serviços, passou de 3,3 para 4,5 milhões de pessoas no mesmo intervalo de tempo. Paralelamente, o Instituto Mexicano de seguridade Social (IMSS) ampliou sua rede de unidades médicas de caráter ambulatorial, ampliando sua cobertura potencial a 14 milhões de pessoas nessa modalidade assistencial. Ao mesmo tempo tem sido efetuados esforços no sentido de construir e reaparelhar a rede nacional de serviços de saúde, buscando a criação de infraestrutura para aumentar a cobertura efetiva dos serviços. Entre 1982 e 1986 foram reformados e ampliados 3400 centros de saúde e 53 hospitais. A reparação e ampliação de equipamentos chegou a 970 unidades ambulatoriais e a 50 de natureza hospitalar. Além disso, foram construídas 589 novas unidades ambulatoriais e 20 hospitais, estes últimos com capacidade adicional de 1.400 leitos.

O comportamento dos gastos federais em saúde no México reflete, em certo sentido, tais modificações. Até 1987 ele oscilava em torno de 7,0% do orçamento governamental. Tal participação decresceu para 6,4% no período que se estende de 1978 a 1983. Em 1984, apesar da economia mexicana ainda sofrer os resquícios da crise, tal participação se elevou para 7,0%. Nos anos seguintes observa-se a continuidade do crescimento do gasto: 8,2% e, 1985 e 8,6% em 1986.

Assim, ao que tudo indica, o México vem traçando uma forte estratégia de mudança no sistema de saúde e que, em seus delineamentos gerais, é muito parecida com a experiência que se inicia no Brasil em 1986, também denominada Reforma Sanitária. Acredita-se, no entanto, que os programas de ajustamento à crise que vem sendo tomados pelo Governo Mexicano, tendo em vista sanear a economia e obter mais facilidades para o pagamento da dívida externa sejam fortes impecilhos a expansão dos gastos públicos com programas de saúde.

## I.7 - A MULTIPLICIDADE INSTITUCIONAL DO SISTEMA DE SAÚDE URUGUAIO (60)

### I.7.1 - Aspectos Gerais

Como ocorreu nas demais experiências latino-americanas, os primórdios da constituição do sistema de saúde uruguaio tem como base a organização ainda insipiente de um setor público, voltado para as primeiras medidas de caráter coletivo (saneamento, vacinação, etc.) ao lado de um setor médico-assistencial filantrópico, vinculado a Igreja, voltado para atender as populações sem recursos. Os movimentos imigratórios e o crescimento da participação de trabalhadores, artesãos e operários urbanos trouxe, também, o desenvolvimento das ligas mutualistas de prestação de serviços de saúde. A primeira delas; a Associação Espanhola de Socorros Mútuos, data de 1853. Com o tempo foram se desenvolvendo formas previdenciárias de prestação de serviços de saúde (Caixas e Institutos), supervisionadas pelo Governo, que vieram a constituir a base dos serviços de assistência médica no Uruguai.

Hoje, o setor saúde no Uruguai se apresenta como um mosaico de instituições estatais, para-estatais e privadas, que prestam diversos tipos de serviços assistenciais, mas que se caracterizam pela duplicação de esforços e pelo acesso inequitativo aos serviços por vários segmentos populacionais.

Ao nível do setor público, destaca-se o Ministério da Saúde Pública (MSP), que presta serviços preventivos, assistenciais e de reabilitação, seja através da distribuição gratuita de carnês de serviços às populações carentes, seja mediante um sistema de co-pagamento progressivo segundo o nível de renda.

Outros ministérios públicos uruguaio também prestam serviços à saúde de certos segmentos da população. Destacam-se neste particular o Ministério da Defesa, com o hospital central das forças armadas e o Serviço de saúde das forças armadas (61); o Ministério do Interior, com o Serviço de Saúde Policial; o Hospital Policial e o Hospital Penitenciário; os Serviços de Saúde dos Departamentos Territoriais (unidades da federação) e a Faculdade de Medicina que detém o Hospital das Clínicas Dr. Manuel Quintela (62).

Fazem parte ainda dos serviços públicos de saúde os chamados "serviços descentralizados, que correspondem às estruturas de saúde da seguridade social. O "Banco de Previsión Social" (BPS) presta serviços destinados ao controle da gravidez, parto e assistência pediátrica para crianças com até seis anos de idade. Tais serviços são destinados somente às famílias de trabalhadores privados afiliados à "Dirección de Asignaciones Familiares. Isto é feito, não pela prestação de serviços próprios, mas pela contratação de instituições de medicina de

grupo. O "Banco de Seguros del Estado" (BSE) atende aos trabalhadores acidentados do trabalho ou que contraíram doenças profissionais, mediante um seguro obrigatório pago pelas empresas. Vale ainda mencionar uma série de organismos de seguridade social, alguns ligados a empresas estatais, outros a instituições privadas, que cobrem a saúde de seus funcionários (ANCAP, OSE, AFE, UTE, ANTEL, CNEF, ANP, e outras).

O setor privado é constituído, basicamente pelas instituições de assistência médica coletivizada (IAMC), por hospitais privados conveniados com estas instituições e pelos serviços privados "strictu sensu", que cobrem as mais distintas modalidades assistenciais, sejam elas lucrativas ou de caráter filantrópico.

As IAMCs são basicamente entidades financiadoras da assistência médica, embora muitas delas detenham serviços próprios de grande magnitude. Em sua origem, tais instituições estão ligadas ao mutualismo, e muitas delas ainda funcionam sob esta lógica. Com a expansão da seguridade social no Uruguai, a partir dos anos cinquenta, pode-se dizer que hoje a totalidade dos empregados formais no setor privado é coberta pelas IAMCs. Tais instituições são, em grande medida, supervisionadas pela "Dirección de los Seguros Sociales por Enfermedad (DISSE). Existiam em 1986 cerca de 50 instituições dessa natureza, sendo que metade delas localizavam-se em Montevideo, as quais cobriam 1.350 mil pessoas (950 mil em Montevideo e 400 mil no interior).

Em termos de capacidade instalada, existiam em 1986 131 hospitais no Uruguai, dos quais 55 localizavam-se na capital e 76 no interior. Destes 114 são hospitais gerais e 17 especializados. A tabela I.21 mostra a distribuição dos hospitais uruguaios por instituição mantenedora.

Observa-se que a maior parcela dos hospitais existentes no Uruguai pertencem ao Ministério da Saúde Pública. Em seguida aparecem os das IAMCs e os estritamente privados, sendo que os demais hospitais são dispersos em várias instituições de caráter público ou privado. Tal capacidade instalada responde por uma relação de 4,7 leitos por mil habitantes, sendo que destes 78% são leitos de curta permanência.

Em termos dos serviços ambulatoriais, não se dispõe informações sobre a extensão da rede privada. No MSP estão em funcionamento 111 policlinicas, 16 centros de saúde e 25 postos de saúde, sendo que em Montevideo se localizam 12 das policlinicas e 6 dos centros de saúde.

Uma Pesquisa Domiciliar sobre saúde, realizada em novembro de 1982 (63), revelou que 80,07% da população estava protegida por alguma instituição prestadora de serviços. A tabela I.22 fornece um quadro da distribuição da população uruguia segundo a instituição que cobre tais serviços.

Pelo observado, as IAMCs, de caráter privado, cobrem a

maior parcela da atenção à saúde uruguaia. O conjunto público não previdenciário cobre 24,2% da população e a seguridade social 13,5%. Estas três instituições, isoladamente, cobrem 67,9% da atenção a saúde. A população que se declarou não coberta (19,9%), certamente tem que contar com a estrutura do MSP, em casos de urgência, o que faz com que esse Ministério tenha uma cobertura potencial de mais de 40% da população do país.

#### I.7.2 - Financiamento e Gasto em Saúde nos Anos Oitenta.

Uma estrutura com tal pluralidade institucional na sua gestão e execução, torna difícil o conhecimento de informações precisas acerca do financiamento e do gasto com saúde. Assim, a ausência de uma visão de conjunto faz com que muitas instituições ou pessoas venham a ter visões conflitantes sobre o problema. As críticas mais comuns sobre o sistema tem sido a insuficiência de fundos e o uso irracional dos recursos; a injustiça dos critérios de pagamento pelos serviços (os que ganham mais deveriam pagar mais); discussão sobre as causas dos deficits financeiros do setor; etc.

Para entender o sentido destas críticas, é necessária uma breve descrição do sistema de financiamento. O Orçamento Fiscal financia 97% dos serviços do MSP e do Hospital Universitário. Financia também 83% e 75% dos gastos com saúde dos Ministérios da Defesa e do Interior, respectivamente.

Todos os serviços prestados pelo MSP são cobrados mediante uma tabela de pagamento construída pelo órgão. Ao utilizar tais serviços, um indivíduo só é isento quando sua renda familiar é inferior a um determinado nível. Tomando como base uma família de 4 pessoas, se ela tem renda familiar inferior a US\$ 133,00 mensais, seus membros estão isentos de pagamento pelos serviços do MSP. Se sua renda estiver na faixa de US\$ 134,00 a US\$ 180,00, eles pagarão 20% do valor do serviço. Se esta renda estiver entre US\$ 181,00 e US\$ 220,00, pagarão 40% do valor do serviço e, finalmente, se a renda familiar supera os US\$ 220, só poderão utilizar tais serviços os que pagarem integralmente por eles (64). A primeira vista, isto indica que não existe muita variabilidade da renda, para alta variabilidade dos percentuais de cobertura, o que pode acarretar certas injustiças fiscais.

As IAMCs, que constituem empresas privadas de seguro-saúde, são financiadas a partir de múltiplas formas: através da contribuição individual do segurado; através de transferências de recursos dos mecanismos de seguridade social; pela cobrança de "tickets" aos usuários; através da compra e venda de serviços entre as próprias IAMCs e outras formas. No próprio setor público existem vários segmentos que estabelecem convênios com as IAMCs. Tal modelo funciona, portanto, com muita semelhança ao processo de privatização em curso no Chile.

Além desses subsistemas, se sobrepõe, em alguns casos, os próprios mecanismos da seguridade social que se entrelaçam com os dois mecanismos anteriormente mencionados, formando uma teia de grande variedade e complexidade em termos de modalidades de financiamento.

Os sistemas das forças armadas e da polícia, além dos aportes orçamentários que recebem, são custeados, também por contribuições sobre os salários dos usuários.

Em 1980 (Lei 15.187) foram criados os Institutos de Medicina Altamente Especializada (IMAEs), voltados para cobrir uma série de procedimentos de alto custo e tecnologia (65). Tais procedimentos são muito caros para serem custeados por famílias isoladamente. Todos os cidadãos são, em tese, cobertos por tais serviços, mas a forma de pagamento por eles (ou cobertura) é distinta, segundo a forma de inserção institucional de proteção à saúde da família ou do indivíduo.

Com relação ao gasto em saúde, vale dizer que a pluraridade institucional do setor não permite uma correta visualização do montante de recursos gasto pelo setor. Assim sendo, as estimativas existentes variavam de 3,0% a 6,7% do PIB, dependendo do ano da década de oitenta que se considera (tabela I.23).

A discrepância destas informações não nos permitem fazer uma interpretação sobre o comportamento dos gastos com saúde no Uruguai na crise recente. Acredita-se, no entanto que as estimativas de Meerhoff parecem ser as mais corretas. De acordo com tais estimativas, as despesas com saúde em 1986 chegavam a US\$ 337 milhões, apresentando a distribuição observada na tabela I.24. Nota-se que o setor privado é responsável pela maior fatia do gasto com saúde no Uruguai, respondendo por 59% daquele (US\$ 209 milhões). No interior do setor privado, as IAMCs e as IMAE respondem, praticamente pela totalidade do gasto privado.

Já o setor público, que abarca apenas 41% do gasto nacional com saúde (US\$ 138,0 milhões), tem na administração direta (MSP + Outros Ministérios + Hospital das Clínicas) a maior fatia do gasto. A seguridade social responde por parcela muito pequena do gasto com saúde uruguaio (apenas US\$ 26,0 milhões em 1986).

### I.7.3 - Perspectivas

Ao que tudo indica, portanto, o setor saúde no Uruguai é marcado pelas estratégias privadas de financiamento. Certamente que tal sistema traz uma série de inconvenientes, como iniquidades crescentes entre os diversos níveis de usuários, além

de duplicações de critérios de cobertura para certos grupos. Sendo assim, desde 1985 vem sendo travadas discussões em diversos níveis de governo, voltadas para minimizar estes problemas. Os principais objetivos que vem sendo postos, a partir destas discussões, são conferir maior uniformidade aos mecanismos de financiamento; atribuir maior igualdade no peso do financiamento individual e entre instituições e maior equidade, no que diz respeito aos critérios de pagamento segundo a renda e o tamanho familiar.

Para atingir tais objetivos, discute-se a viabilidade de alternativas tais como uma reformulação e unificação normativa dos mecanismos de seguro-saúde; a criação de um serviço Nacional Unificado de Saúde ou o estabelecimento de um Sistema Nacional de Saúde que permita a coordenação e integração do funcionamento dos sub-sistemas hoje existentes.

Apesar do interesse dos partidos políticos e da sociedade em discutir tais soluções, não existe um encaminhamento efetivo dos problemas relacionados a reformulação do sistema de saúde no Uruguai, a não ser estratégias mais rigorosas de normatização e regulamentação de pontos descobertos na atual configuração das questões de saúde.

#### I.8 - COSTA RICA: OS EFEITOS DA CRISE NUM DOS MELHORES SISTEMAS DE SAÚDE DA AMÉRICA LATINA (66).

O sistema de saúde na Costa Rica, diferentemente do ocorrido com outros países do Continente, começou sob a égide de uma forte unificação institucional. Em 1922 foi criada a Subsecretaria de Higiene e Saúde Pública, transformada em Ministério da Saúde em 1929. Até os anos quarenta, a atenção à saúde para a maioria da população se prestava nos hospitais ligados àquele Ministério, nas instituições beneficentes e nas companhias bananeiras.

No campo da seguridade social e da proteção ao trabalhador, a primeira medida pública que se tem notícia é a promulgação da "Ley de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales". Posteriormente, em 1941, é instituída a "Ley del Seguro Social Obligatorio" que deu origem a "Caja Costarricense de Seguro Social" (CCSS), a qual prestava serviços de saúde para trabalhadores públicos e particulares que tivessem renda mensal inferior a 300 colones. Embora desde o início, tal sistema cobrisse também os trabalhadores autônomos e os empregados domésticos, sua estrutura real de atenção não lhe permitia cumprir a lei quanto a esse aspecto. Em 1955, o direito a proteção da saúde é estendido, também, à família dos segurados. A cobertura real aumenta para os trabalhadores com renda inferior a 1000 colones.

Em 1961, uma emenda constitucional estabelece a meta de

universalização de cobertura para 1970. Apesar dos ganhos de cobertura que a legislação posterior proporcionou, somente em 1976 se elimina o teto salarial para cobertura do sistema de seguridade social. Em 1978, todos os hospitais do país (incluindo os que pertenciam às companhias bananeiras e às instituições beneficentes foram transferidos para a CCSS. Finalmente, em 1983 se inicia um programa destinado a obter a integração plena da atenção à saúde.

Com esta folha de serviço, pode-se notar que o sistema de saúde da Costa Rica teve uma direção bastante positiva, em termos de unificação/integração dos serviços e extensão de cobertura. Primeiramente porque se evitou a estratificação do Seguro Social típica que ocorreu na maioria dos países latino-americanos. Seu sistema de seguridade social começou unificado e sempre se voltou à uma integração das clientela não cobertas no próprio sistema.

A transferência de toda a rede hospitalar nacional para a CCSS possibilitou que essa pudesse fazer um efetivo planejamento da cobertura a ser alcançada, evitando as costumeiras duplicações e desperdícios verificados nos outros países. A CCSS cuida, atualmente, de todas as atividades de assistência médica e realiza algumas atividades no campo da prevenção, como imunizações. O Ministério da Saúde se encarrega da atenção primária para os grupos rurais de baixa renda ou para as regiões urbanas marginais, cuidando também da manutenção das campanhas sanitárias contra tuberculose, hipaludismo, etc.

Além da CCSS e do Ministério, o sistema de Saúde de Costa Rica engloba ainda as seguintes instituições:

a) - O Instituto Nacional de Seguros; órgão estatal destinado a cuidar do seguro por acidentes de trabalho e doenças profissionais. Tal instituto tem serviços ambulatoriais e de reabilitação, mas envia seus pacientes para CCSS, quando se trata de hospitalização ou cirurgia;

b) - As Assignações Familiares (AFs) que são programas de assistência social que, entre outras atividades promovem atenção à saúde para os pensionistas de baixa renda (administrado pela CCSS) ou para a população rural e urbana marginal (administrado pelo Ministério da Saúde);

c) - O Instituto Costarricense de Aguas e Esgotos (ICAA), também administrado pelo governo, e que presta serviços na área de educação sanitária e saneamento.

Na medida em que é unificado, o sistema de saúde da Costa Rica tem permitido o avanço das estratégias de integração institucional e programática, mantendo uma rede regionalizada e hierarquizada de serviços de saúde, com atenção em todos os níveis de complexidade.

### I.8.1 - O Desempenho do Sistema

A estrutura acima descrita possibilitou a Costa Rica galgar fortes incrementos na cobertura efetiva dos serviços de saúde nos últimos trinta anos. A tabela I.25 mostra que a população realmente coberta pelo CCSS evoluiu de 15,4% para 86,1% entre 1960 e 1982.

Observa-se que o grande salto na cobertura ocorreu entre 1975 e 1980, quando foram tomadas as medidas de maior impacto no sentido da integração do sistema e da universalização da cobertura.

Neste mesmo período verifica-se a melhoria de uma série de indicadores do estado de saúde da população: a taxa de mortalidade infantil diminuiu de 68,6 para 18,0 por mil habitantes e a esperança de vida ao nascer aumentou de 60,2 para 71,4 anos, valor que, em termos latino-americanos só é inferior ao de Cuba.

Ainda neste período, o gasto com atenção à saúde se multiplicou por cinco e o número de médicos por 10.000 habitantes passou de 3,7 para 10,0.

Vale dizer que as alterações positivas encontradas no período não se estendem somente ao setor saúde. A existência de baixas taxas de desemprego aberto (3,9%) e de subemprego (9,3%) dizem respeito a uma população que nos últimos anos teve imensos progressos materiais em suas condições de existência.

Mesmo assim, segundo MESA-LAGO (67), existem pelo menos 5 grupos populacionais não totalmente cobertos pelo sistema montado na CCSS: as pessoas de renda mais elevada que não detem emprego remunerado (vivem de rendas, são profissionais liberais ou empregadores); os trabalhadores autônomos não filiados a CCSS por sua própria vontade; os trabalhadores familiares não remunerados, os quais dependem do tipo de atenção que tem o chefe da família; os desempregados que só tem a assistência prestada aos indigentes e os trabalhadores assalariados não afiliados a CCSS que trabalham na clandestinidade, pois a contribuição para os assalariados é obrigatória.

### I.8.2 - Financiamento

A maior fonte de recursos para o sistema da CCSS são as dos assalariados (5,5% dos salários), dos empregadores (9,25% da folha de salários) e do Estado (equivalente a 1,25% da folha de salários). Isto monta uma contribuição que, em termos globais, chegaria a 16% da folha de salários por empregado. Os trabalhadores autônomos contribuintes pagam 12% de seus rendimentos do trabalho. Destas receitas, cerca de 4/5 é destinada aos serviços de saúde.

Outras fontes de receita para o setor são alíquotas adicionais de impostos sobre a venda de bebidas alcoólicas e de produtos importados supérfluos, as vendas de cigarros, a propriedade imobiliária e a receita de loterias. O sistema conta ainda com recursos oriundos da venda de serviços de saúde da própria CCSS, juros e aplicações dos recursos que compõe o fundo patrimonial do sistema.

Como o sistema se baseia em contribuições sobre a folha de salários, ele é sujeito a variações negativas nos períodos de crise econômica, quando aumenta o desemprego e cai o nível geral de renda dos trabalhadores.

O financiamento do Ministério da Saúde é feito, basicamente com recursos do Tesouro. Vale destacar, também que Costa Rica tem contado, nos últimos anos, com vultosos empréstimos externos para o setor, especialmente oriundos do BID, que colocou a disposição do setor até o início dos anos oitenta recursos da ordem de US\$ 38 milhões para a construção de hospitais e postos de saúde.

Entre 1970 e 1981, os recursos reais a disposição do Ministério da Saúde triplicaram. Fenômeno semelhante ocorreu com a CCSS, onde os recursos cresceram ainda de forma mais rápida. Em 1970, a CCSS era responsável por 43% do gasto em saúde e saneamento; o Ministério por 46% e o ICAA por 11%. Em 1979, tal estrutura de gastos havia se modificado integralmente: O CCSS aumentou sua participação para 75%, o Ministério teve sua participação reduzida para 12% e o ICAA manteve-se na faixa dos 13%.

A tabela I.26 mostra a evolução dos gastos em Saúde em Costa Rica como percentagem do PIB:

Podem ser observados dois fenômenos: a) a participação do gasto em saúde sobre o PIB evoluiu constantemente entre 1970 e 1980, passando de 5,1% para 7,4%. A única exceção ocorre no período 1976/77, quando há um ligeiro decréscimo dessa participação; b) o peso dos gastos da CCSS na composição dos gastos aumenta brutalmente, passando de 2,1% do PIB em 1970 para 6,5% em 1980 (88% dos gastos totais naquele último ano).

Outro ponto a salientar é o aumento do peso relativo das despesas com assistência médica, o que pode ser visto na tabela I.27

Observa-se que os gastos com assistência médica passam de 57,9% para 77,3% do total. A forte redução dos gastos com administração é uma prova da melhoria de eficiência administrativa do sistema. Os gastos com investimento aumentam especialmente em 1970, em função do programa de ampliação da rede no período (68). Essa rápida ampliação dos gastos com assistência médica acaba por gerar aumentos na escala de serviços, difíceis de resolver a partir do advento da crise dos

anos oitenta.

### I.8.3 - Os Impactos da Crise nos Mecanismos de Financiamento

Como foi visto, até finais dos anos setenta houve um crescimento quantitativo e qualitativo da atenção a saúde em Costa Rica, sem a existência de problemas relacionados a sua base de financiamento. Porém, ainda nos anos setenta, o Estado deixou de cumprir com o pagamento dos recursos relativos à sua contrapartida no sistema de financiamento da CCSS. Como resultado, começou a surgir uma tendência de aparecimento de déficits de caixa, ligados ao desempenho do setor saúde, na estrutura financeira da CCSS. Com isso, o sistema teve que recorrer a uma estratégia de endividamento que contribuiu para aumentar a magnitude da dívida pública.

O advento da crise econômica agravou ainda mais estes problemas em função do aumento do desemprego e da redução dos salários reais. Como se sabe, a base de financiamento da CCSS é calcada a partir de contribuições que incidem sobre a folha de salários; recursos que são muito sensíveis as flutuações do nível de emprego da economia.

Vale destacar, ainda, que nos anos oitenta a economia costaricense passou a apresentar taxas negativas de crescimento do PIB, além de aumento do desemprego, dos déficits na balança comercial e da dívida externa.

Observa-se que apesar do aumento das receitas, o gasto com saúde da CCSS vem aumentando consideravelmente, o que faz com que se acumulem déficits em proporções crescentes, desde 1979. Naquele ano, o deficit era de 2,9% das receitas. Em 1983 ele já chegava a 16,0% das receitas (tabela I.28).

Com o crescimento das taxas de inflação, a partir dos anos oitenta (69), e a rápida expansão de cobertura do período 1975-1980, os custos de atenção médica aumentaram consideravelmente, numa conjuntura em que os salários reais não aumentaram tanto. O número de empregados do CCSS passou de 1510 em 1960 para 22.093, em 1981. Neste mesmo período o número de segurados aumentou apenas 9 vezes.

Mas o principal problema que está ligado ao aumento do custo da atenção médica em Costa Rica é a mudança no perfil de morbi-mortalidade daquele país. Hoje, o quadro nosológico da Costa Rica não é mais composto pelas chamadas "doenças da pobreza ou do subdesenvolvimento". As doenças cardiovasculares e crônico-degenerativas, as quais explicam grande parte deste quadro de morbididade, são muito custosas e, num sistema de atenção universal, tendem a elevar o custo da assistência médica, em proporção maior que os ganhos na esperança de vida advindos com este tipo de atenção.

Em função de todos esses problemas, o governo da Costa Rica vem estudando algumas medidas destinadas a aumentar a receita, reduzir o gasto e melhorar a eficiência do sistema de saúde, cabendo destacar:

a) Obrigar o Estado a cumprir o pagamento de seus débitos com a CCSS;

b) Introduzir um cartão de usuário para todos os integrantes do sistema, para melhorar o controle e reduzir o grau de evasão de receitas, que tem aumentado muito no período de crise (autônomos que não pagam contribuição, empresas que deixam de recolher, etc.);

c) aumento das alíquotas de contribuição dos empregados e empregadores;

d) buscar aplicações mais rentáveis dos recursos e reservas da CCSS;

e) criar sistemas de co-pagamento para camadas de maior renda;

Mas todas essas medidas no campo das receitas, apesar de paliativos temporários para equilibrar as finanças da CCSS, não são suficientes. No estágio alcançado pelo sistema de saúde de Costa Rica, somente um aumento da eficiência, com a redução dos gastos em assistência médica sem a consequente queda na oferta de serviços, constitui o caminho para sanear estruturalmente as finanças da CCSS. O dilema, portanto, não se constitui em reduzir as conquistas ou torná-las mais caras para o usuário, mas sim em manter uma cobertura quase universal, tal qual a que existe, com maior eficiência.

## I.9 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

A heterogeneidade das condições sócio-econômicas e políticas dos países latino-americanos não permite a formulação homogênea de critérios de avaliação do desempenho das políticas sociais implementadas nos diversos espaços continentais. Ao longo desse capítulo, vislumbrou-se que os principais problemas nesse campo são de ordem estrutural, embora muitos países já se encontrem a meio caminho para sua solução.

Quanto as ações de saúde, a recente crise econômica trouxe agravos nas políticas assistenciais em todas as nações pesquisadas. Muitos países passaram a adotar políticas concretas de ajuste, no que diz respeito às formas de organização dos sistemas de saúde, bem como aos mecanismos de financiamento setorial. Como tais estratégias são recentes, não existem evidências materiais para avaliar o impacto delas na cobertura e na melhoria do estado de saúde da população.

Analogamente, outros países ainda se encontram buscando caminhos que possam trazer amenidades aos agravos estruturais e conjunturais existentes nas condições de saúde de suas populações.

Seja como for, a heterogeneidade das condições existentes, não deixa de evidenciar que a reformulação das políticas sociais e de saúde nos países da Região não é suficiente para reverter as más condições de vida, expressas nos indicadores existentes. Isso traz a baila a necessidade de reordenamentos mais profundos, vinculados, no plano interno, a modelos de crescimento econômico mais redistributivos e, no plano externo, a estratégias de renegociação das dívidas externas menos danosas ao desenvolvimento, além de formas mais soberanas de inserção na economia mundial, que venham a evitar transferências de recursos ao exterior impeditivas ao aumento dos investimentos nacionais, à capacitação tecnológica e ao crescimento econômico auto-sustentado.

A assistência a saúde na América Latina detém, no entanto, algumas características básicas, as quais cabe mencionar:

A) Em termos de organização administrativa, a maioria dos países da Região mantém, nas estruturas da seguridade social, as instituições de administração e gestão dos mecanismos de prestação de serviços de saúde. Excessão deve ser feita aos países socialistas (Cuba, Nicaragua) ou a países pequenos do Caribe (Domenica, Jamaica, Sta. Lucia, Trinidad y Tobago); os primeiros em função do próprio regime de governo que prevê universalização de cobertura e comando institucional único, os últimos, certamente em função da pequena população e da maior simplicidade de gestão associada a magnitude populacional.

B) Em termos de cobertura dos serviços, há que se destacar a diferença entre cobertura legal e cobertura real, a qual é expressa pelas estatísticas vigentes. Observa-se que na maior parte dos casos há grande dificuldade em se galgar os tetos de cobertura legal. A maioria dos países que tem sua atenção médica centrada nos mecanismos de seguridade social, estende a cobertura aos trabalhadores e seus dependentes. As exceções podem ser encontradas em Bahamas, Bolívia, Guyana, além dos países do Caribe onde a maior parte da atenção é concentrada no Ministério da Saúde. Poucos países incorporam os trabalhadores autônomos na clientela dos serviços de saúde da seguridade social. São eles Bahamas, Barbados, Brasil, Chile, Colômbia, Costa Rica, Guyana, Peru, Trinidad y Tobago e Uruguai. As diferenças de cobertura real dependem, obviamente, da magnitude do chamado setor formal do mercado de trabalho existente em cada país.

C) Em termos do sistema de financiamento da saúde, no âmbito da seguridade social, a maior parte dos recursos (em média 2/3) provém das cotizações dos empregadores. Excessão deve

ser feita ao caso do Chile que, a partir da constituição do FONASA (70), passou a ter no setor Governo o maior financiador das ações de saúde da seguridade social.

Por fim, quanto as estratégias de ajuste, vale dizer que países como o Brasil e México tem feito reformas em seu sistema de saúde, buscando adequá-lo a universalização das ações, através de um sistema unificado e descentralizado de serviços. Tal modelo, a exemplo do que foi feito em Costa Rica entre 1975 e 1980, busca trazer aos países da Região, um novo conceito de cidadania que incorpore plenamente os direitos sociais.

Já países como o Chile e, em certo sentido o Uruguai, tem optado por modelos calcados na privatização das ações de saúde que, mesmo trazendo aparentemente mais eficiência econômica, não resolvem as iniquidade e as janelas de cobertura para muitos segmentos da população. No caso urugauio tal problema é minimizado em função da multiplicidade institucional e da privatização serem uma característica histórica da constituição do sistema. Vale dizer, ainda, que o Uruguai ainda não escolheu um caminho de reformulação do sistema de saúde, embora as discussões sobre o assunto venham sendo mantidas.

No caso da Argentina, coloca-se a preocupação clara de aumentar a cobertura e conferir maior equidade ao sistema, apesar das dificuldades político-corporativas de se negociar tal ampliação com os fundos atualmente disponíveis.

Há ainda a ocorrência de casos como a Nicaragua que, mesmo sob a égide das condições impostas pela guerra, continuam a expandir e a reestruturar seu sistema de saúde, conferindo-lhe mais eficiência do que o existente na época da ditadura de Somoza (71). Apesar da recente reforma administrativa do Governo, que cortou cerca de 10% dos gastos públicos e, tomando em conta que 60% do orçamento público na Nicarágua tem sido gasto com defesa, tem ocorrido progressivos ganhos no estado geral de saúde da população.

A crise e os mecanismos de redemocratização de alguns dos países latino-americanos aparecem como movimentos antitéticos.

A redemocratização, construindo novas aspirações de cidadania plena, que são compartilhadas por amplos segmentos da sociedade política e da sociedade civil. Os movimentos sociais se intensificam no sentido de alcançar direitos sociais compatíveis com as conquistas dos povos do ocidente desenvolvido. Alguns governos sonham com a possibilidade de consagração ao atender tais demandas, e não se cansam de fazer promessas, slogans e leis para tal fim.

Ao mesmo tempo, a crise aparece como elemento balizador dos limites e dos moldes de eficiência na construção das políticas sociais. A magnitude da pobreza estrutural, a baixa capacidade de arrecadação tributária, a distorcida estrutura do

gasto governamental e a corporativização dos interesses de diversos grupos constituídos em torno do aparelho de Estado, dão a verdadeira dimensão do alcance do gasto governamental em estender a cidadania social a todos. Assim, mais uma vez, sonho e realidade se chocam e se fundem na construção da utopia latino-americana.

## NOTAS DO CAPÍTULO I

- (1) - MEDICI, A.C., e SILVA, P.L.B., "Alternativas do Financiamento da Atenção à Saúde" in Anais da 8a. Conferência Nacional de Saúde". Ed. Centro de Documentação do Ministério da Saúde, Brasília, 1987, pp. 173-220.
- (2) - MARSHALL, T.H., "Cidadania, Classe Social e Desenvolvimento", Ed. Zahar, Rio de Janeiro, 1963.
- (3) - COIMBRA, M.A., "Será que o Marxismo Responde à Pergunta de Como Surgem as Políticas Sociais?" in "Política Social e Combate a Pobreza"; Jorge Zahar Editor, Rio de Janeiro, 1987, pp. 105-126.
- (4) - Esta sistematização, segundo o próprio autor, foi feita por GORDON, D; EDWARDS, R. e REICH, M., "Segmented Work, Divided Workers: The Historical Transformation of Labor in the United States", Cambridge, Harvard University Press.
- (5) - COIMBRA, M.A., "Será que o Marxismo...?", op.cit., p.124.
- (6) - David Ricardo, um dos pais da economia clássica, defendia em meados do século XIX a derrubada das "poor laws", dado que elas aumentavam a carga tributária e impediam o aumento da disponibilidade de força de trabalho no mercado, com efeitos "deletérios" como a redução da relação lucros/salários. Nas palavras do autor, "A tendência clara e direta das leis dos pobres está em completa oposição a estes princípios evidentes [os da livre concorrência]: não se destinam, como o legislador benevolente desejava, a melhorar as condições dos pobres, mas sim a piorar a situação tanto dos pobres como dos ricos; em vez de enriquecerem os pobres destinam-se a empobrecer os ricos. Enquanto vigorarem as presentes leis, parece absurdamente natural que aumente progressivamente o fundo destinado a manutenção dos pobres até que absorva todo o rendimento líquido do país ou, pelo menos, tudo que o Estado nos deixar depois de satisfazer a sua perpétua procura de fundos para fazer frente às despesas públicas" in RICARDO, D., "Princípios de Economia Política e Tributação", Ed. Fundação Calouste Gulbenkian, Lisboa, 1975, pp.116/117.
- (7) - No capítulo VIII do livro I de "O Capital", "A Jornada de Trabalho", Marx desenvolve uma visão histórica desse processo.
- (8) - Considerou-se que o mutualismo, por ser uma forma de organização baseada no conceito de "seguro", pertence a segunda fase do desenvolvimento dos direitos sociais, mesmo sendo organizado por trabalhadores e artesãos de forma independente do Estado. Pode-se dizer que algumas formas de mutualismo existiam desde o predomínio das formas "assistencialistas", embora fossem residuais na dinâmica das ações civis de cunho social.
- (9) - Ver, a respeito, o artigo escrito por Antonio Gramsci

"Americanismo e Fordismo" in "Moquiavel, a Política e o Estado Moderno". Ed. Civilização Brasileira, 3a. ed., Rio de Janeiro, 1978, 446p. Ver também BUCI-GLUCKSMANN, C. e THERBORN, G. "O Desafio Social-Democrata", Publicações Dom Quixote, Lisboa, 1983.

(10) - Excessão deve ser feita a Alemanha, onde o Estado desde cedo participou na administração dos mecanismos de política social.

(11) - Sobre as distintas interpretações da Crise do Welfare State ver AURELIANO DA SILVA, L. M. e DRAIBE, S.M. (coordenadoras), "A Crise Internacional e as Políticas Sociais: Uma Análise Comparada", Pesquisa realizada no NEPP/UNICAMP, Campinas, 1986, mimeo.

(12) - Para efeitos deste trabalho considerou-se "conservadoras" as posições identificadas, no plano econômico, com o pensamento neo-clássico. Considerou-se, também, o chamado "conservadorismo político", expressos nos partidos de Ronald Reagan (USA), Margaret Thatcher (Inglaterra), J. Chirac (França) e Hermut Kohl (Alemanha). Da mesma forma, considerou-se progressistas as correntes identificadas com a social democracia, os comunistas, marxistas, etc. Existe uma série de possibilidades intermediárias que seriam apropriadas simultaneamente ou não por ambas as correntes, dependendo das circunstâncias. Trata-se, na maioria dos casos de questões que, antes adjetivas, passam a ser substantivas, como, por exemplo, a questão centralização/descentralização.

(13) - FRIEDMAN, M., "Capitalism and Freedom", Ed. Chicago University, Chicago, 1962.

(14) - HAYECK, F.A., "O Caminho da Servidão", Ed. Globo, Porto Alegre, 1977. Neste livro, o autor coloca o "crescimento das funções do Estado e o "socialismo" como uma das principais ameaças as liberdades individuais.

(15) - Ao atender os interesses das facções corporativas socialmente mais organizadas, tais estruturas vem privilegiar os segmentos da sociedade melhor posicionados (classes médias, p.ex.), desviando-se da função "assimétrica" que deveriam ter na distribuição da renda social.

(16) - Ver CASTORIADIS, C. e COHN-BENDIT, D., "Da Ecologia a Autonomia", E. Brasiliense, São Paulo, 1981. Na pag. 32 pode-se ler "A questão do auto-governo, da autonomia da sociedade é também a questão da auto-limitação da sociedade...O Problema substantivo do direito é poder conceber uma sociedade que está fundada sobre regras substantivas e ao mesmo tempo é compatível com a maior diversidade possível de criação cultural, de modos de vida e de sistemas de necessidades".

(17) - SCHUMACHER, E.F., "O Negócio é Ser Pequeno", Ed. Zahar, 2a.Ed., Rio de Janeiro, 1979.

(18) - FOUCAULT, M., "Microfísica do Poder", Ed. Graal, Rio de Janeiro, 1979.

(19) - Ver em especial ILLICH, I., "La Convivialité, Le Scuil, Paris, 1973. Ver também, do mesmo autor, "Nemesis da Medicina".

(20) - Ver GUTMAN, Peter, "The Subterranean Economy" in Financial Analysis Journal, nov/dez de 1977; TANZI, V., "Underground Economy Built on Illicit Pursuits Is Growing Concern of Economic Policymakers", in IMF Survey, 4 de fevereiro de 1980 e FEIGE, E. "How Big is the Irregular Economy?" in Challenge, nov/dez de 1979.

(21) - Na verdade, essa é uma falsa questão. A função da tributação no Welfare State não é aplicar o recurso arrecadado para o benefício direto do contribuinte, mas sim utilizá-lo regressivamente, de forma a corrigir (via distribuição de bens, serviços ou benefícios) as inequidades derivadas da inserção social da produção.

(22) - SANTOS, W.G., "A Trágica Condição da Política Social" in "Política Social e Combate à Pobreza", Jorge Zahar Editor, Rio de Janeiro, 1987.

(23) - Idem, Ibidem.

(24) - Ver a respeito COIMBRA, M. A., "Será que o Marxismo...", op.cit.

(25) - Na Espanha isso ocorreu a partir da criação de um valor máximo para o benefício que teria valor decrescente na medida em que aumentasse o tempo de desemprego. Uma boa documentação sobre o assunto na Espanha, EUA, Inglaterra, Itália e França pode ser encontrada em AURELIANO DA SILVA, L.M. e DRAIBE, S.M., op. cit

(26) - Ver "Instituição do Serviço Nacional de Medicina Sanitária" (Itália) Lei No.833, de 23 de dezembro de 1978, Ed. CNRS, mimeo.

(27) - Ver VERONELLI, Juan carlos, "Ministérios y Sistemas de servicios de Salud en America Latina" in Boletín de la Oficina Sanitária Panamericana, No. 100(1), Ed. OPS, Washington, DC, 1986, pp.1-30.

(28) - A este respeito ver ABRANCHES, Sérgio Henrique, "The Politics of Social Welfare Development in Latin American". Trabalho apresentado na sessão especial sobre "A Política de Desenvolvimento do Estado de Bem-Estar Social", do 12o. Congresso Mundial da Associação Internacional de Ciência Política, Rio de Janeiro, 9 a 14 de agosto de 1982.

(29) - ABRANCHES, S.H., op.cit.

(30) - As Obras Sociais na Argentina são entidades organizadas por categoria profissional e administradas por dirigentes

sindicais, destinadas a prestar cuidados a saúde dos respectivos trabalhadores contribuintes e suas famílias.

(31) - Ver a este respeito MEDICI, A.C., "Observaciones sobre el financiamiento del sistema de salud argentino", Série Textos para Discussão, Ed. IEI/UFRJ, Rio de Janeiro, 1988 (no prelo).

(32) - O Brasil é um exemplo vivo da existência de diversos fundos sociais que participam, de forma desordenada, da estrutura de financiamento destas políticas.

(33) - Ver ABRANCHES, S.H., op. cit.

(34) - Sobre este ponto, ver FAGNANI, E., BRAGA, J.C. e SILVA, P.L.B., "Recessão e Financiamento das Políticas Sociais", Série Textos para Discussão No. 7, Ed. IESP/FUNDAP, São Paulo, setembro de 1986.

(35) - Não estão incluídos os casos de Cuba e Suriname, entre outros, por insuficiência de dados.

(36) - BANCO MUNDIAL, "La Pobreza en América Latina: El Impacto de la Depressión", Washington D.C., abril de 1987, 28p.

(37) - Idem, Ibidem.

(38) - Ver, em especial, o relatório final da pesquisa "O Impacto da Crise Econômica no Setor Saúde no Brasil", coordenada por Solon Magalhães Vianna, IPEA/IPLAN, dezembro de 1987, mimeo.

(39) - Sobre a política brasileira de alimentação e nutrição ver NATAL, J.L.A., "A Questão Alimentar-Nutricional na Política Econômica (1930-1976)", Tese de Mestrado, DEPE/IFCH/UNICAMP, Campinas (SP), julho de 1982.

(40) - Ver MUSGROVE, P., "The Economic Crisis and its impact on Health and Health Care in Latin America and the Caribbean" in International Journal of Health Services, v. 17, number 3, Ed. Baywood Publishing Co. Inc., Washington, 1987.

(41) - MUSGROVE, P., "Repercusiones de la Crisis Económica sobre la Salud y sobre la Atención Sanitaria en América Latina y el Caribe" in Revista "Crónica de la OMS", No. 40 (4), pp. 171-176, Ginebra, 1986.

(42) - Esta parte do trabalho tem como base o artigo de MEDICI, A.C., "Observaciones Sobre el Financiamiento del Sistema de Salud Argentino", op.cit.

(43) - A Constituição argentina não permite a existência de mais de sete Ministérios públicos, o que leva a aglutinação de múltiplas funções num único organismo ministerial.

(44) - A última informação disponível pelo autor foi obtida em fins de agosto de 1987, por ocasião de visita realizada a

representação da Organização Panamericana da Saúde na Argentina.

(45) - Ver GARCIA, G.G., ABADIE, P., LLOVET, J.J. e RAMOS, S., "El Gasto en Salud y en Medicamentos - Argentina 1985, Ed. CEDES, Buenos Aires, 1987.

(46) - O INDEC é o órgão oficial de produção de estatísticas na Argentina.

(47) - Esta parte do trabalho contou com a colaboração de pesquisa coordenada por Sonia Fleury, na Escola Brasileira de Administração Pública (EBAP/FGV) sobre "O Sistema Previdenciário Chileno", em 1986 (mimeo.) 123p.

(48) - Ver sobre este ponto MESA LAGO, Carmelo, "El Desarrollo de la Seguridad Social en América Latina", Santiago, Estudios e Informes de la CEPAL, 1985.

(49) - Conforme FLEURY, S., op.cit.

(50) - FLEURY, S., op.cit, p.16 e 17.

(51) - RODRIGUEZ, Hector Sanchez, "Análisis Evolutivo del Sistema de Salud Chileno", Santiago, s.data., mimeo.

(52) - FLEURY, S., op.cit., p. 66

(53) - Dada a escassez de material disponível sobre financiamento do sistema de saúde colombiano, resolveu-se utilizar as anotações produzidas por um grupo de trabalho daquele país que participou do Seminário Internacional de Financiamento à Saúde, realizado em Brasília, out/nov de 1987, promovido pelo Banco Mundial e pela Organização Panamericana da Saúde e organizado pelo IPEA/CENDEC.

(54) - ABRANCHES, S. H., op. cit.

(55) - Idem, ibidem.

(56) - MESA-LAGO, Carmelo, "Financiamento de la salud en America Latina y El Caribe", mimeo, 1985, 60p. [Trabalho apresentado no Seminário "Modelos y Estrategias Financieras de la Seguridad Social no CIESS, na Cidade do México, em 1985].

(57) - MESA-LAGO, Carmelo, "Economía de la Atención a la Salud y la Seguridad Social en América Latina: Nuevas Fronteras Investigativas y de Políticas" Revista "Pensamiento Iberoamericano: Revista de Economía Política, No.9, Enero-Junio de 1986, pp.444-451.

(58) - Grande parte das informações contidas nesta parte do trabalho contaram com a contribuição do artigo de ACEVEDO, Guillermo Soberón e OLMEDO, Cuauhtemoc Valdés, intitulado "Informe de México 1982-1986: El Sistema Nacional de Salud en

México, Orígenes, Definiciones y Avances" (Trabalho apresentado na XXII Conferência Sanitária Panamericana, realizada em Washington D.C., entre 22 e 30 de setembro de 1986) in Revista Salud Publica de México, México, v.28, No.6, noviembre-diciembre de 1986, pp.655-663.

(59) - ACEVEDO, G.S., e OLMEDO, C.V., op. cit., p.656.

(60) - As informações obtidas sobre o Uruguai baseiam-se nos trabalhos de ARAN, D. "Financiamiento del Sector Salud en el Uruguay", Ed. CELADU, Montevideo, 1986 e no de MEERHOFF, Ricardo, "Financiamiento del Sector Salud en el Uruguay: Modalidades, Alternativas y Problemas", Montevideo, mimeo., marzo de 1986, 45p.

(61) - Os hospitais militares existem em todas as estruturas de defesa latino-americanas, embora sua cobertura, em termos de serviços, esteja limitada aos militares e suas famílias. Por ser o Uruguai um país com uma população pequena e estável, os hospitais militares assumem, em termos relativos, uma dimensão maior do que a existente nos outros países latino-americanos.

(62) - O Uruguai detém somente uma faculdade de medicina que é pública.

(63) - Pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde Pública, em convênio com a Organização Mundial da Saúde.

(64) - Valores válidos para o primeiro semestre de 1986. A taxa de câmbio utilizada foi a média daquele período.

(65) - São exemplos destes procedimentos os estudos de hemodinâmica, cirurgias cardiovasculares, próteses osteoarticulares, implantação de marca-passos, transplantes renais ou hemodiálises, e outros.

(66) - As informações sobre Costa Rica baseiam-se no artigo de MESA-LAGO, Carmelo, "Atención de Salud en Costa Rica: Auge y Crisis", publicado no "Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana" No. 102 (1), Ed. OPAS, Washington, 1987, pp.1-18.

(67) - Idem. Ibidem, p.6.

(68) - Os outros gastos são basicamente compostos por pagamentos em espécie a título de gastos com saúde, reservas para pagamento de dívidas e outros gastos de menor importância.

(69) - A inflação na Costa Rica nunca foi um problema de grandes proporções. Antes de 1970, a média inflacionária do país era de 2% ao ano. De 1970 a 1979, a média foi de 10% ao ano. Só a partir de 1980 e até 1982, tal média já havia se elevado para 48% ao ano.

(70) - Ver seção VI deste trabalho

(71) - Ver sobre o assunto BRAVERMAN, Paula e SIEGEL, David,  
"Nicaragua: A Health System Developing Under Conditions of War"  
in International Journal of Health Services, V.17, No.1, 1987.

## CAPITULO II

### A CRISE ECONOMICA E SEUS IMPACTOS SOCIAIS

## II.1 - INTRODUÇÃO

Discorrer sobre os impactos sociais da crise econômica sofrida recentemente no âmbito da Sociedade Brasileira apresenta algumas dificuldades. A principal delas reside, não apenas na carência de indicadores que reflitam o quadro social da população, mas também na dispersão das fontes de informação e na forma pouco integrada de tratamento dos dados relativos ao desempenho das políticas sociais implementadas pelo Governo.

O maior banco de dados do Brasil, consubstanciado no Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE - não tem demonstrado preocupações específicas no sentido de integrar os indicadores sociais produzidos com os registros administrativos de desempenho das ações dos ministérios na área social. Os tímidos avanços alcançados nos anos de 1985 e 1986 nesse campo não foram suficientes para criar um efetivo sistema de monitoramento que garantisse avaliar o impacto das ações sociais do Governo.

Dadas estas carências, optou-se por analisar a relação entre a crise econômica e seus impactos sociais a partir da lógica das medidas tomadas na área econômica do Governo, seus resultados ao nível do gasto público e dos indicadores mais diretos que podem ser derivados destas medidas. O arsenal da teoria econômica e as observações empíricas de alguns analistas e estudiosos do assunto são suficientes para inferir algumas hipóteses relevantes sobre a relação entre política econômica e política social num contexto autoritário, como o que existia no Brasil até fins de 1984. Mais ainda, poderão permitir mostrar como numa sociedade marcada por uma forte desigualdade ao nível da distribuição de renda, as estratégias econômicas de corte ortodoxo geram perdas sociais muito mais drásticas do que as vivenciadas em sociedades que, mesmo em crise, optaram no passado por políticas econômicas que harmonizassem o crescimento e a distribuição de renda num mesmo movimento.

A recuperação econômica vivenciada a partir de setembro de 1984, e que teve seu auge nos anos 1985 e 1986, foi marcada por uma grande instabilidade nos instrumentos de gestão da política econômica. As estratégias de estabilização e combate a inflação aplicadas em 1986, apesar de apresentarem bons resultados imediatos, não atacaram as causas estruturais do processo inflacionário, o que combinado com o oportunismo político-eleitoral de setores do poder executivo, levaram ao fracasso qualquer possibilidade de sucesso de tais estratégias no médio prazo. Como consequência, o ano de 1987, particularmente no segundo semestre, representou o retorno das evidências de estagnação e crise econômica, tendência que, ao que tudo indica, se perpetuará em 1988.

Para entender a dinâmica da crise, é importante

conhecer um pouco mais seus antecedentes. Eles revelam toda a pujança de um desenvolvimento econômico excludente, com taxas de crescimento espantosas convivendo com altos níveis de pobreza. Revelam também a criação de setores altamente modernos e tecnificados ao lado da permanência de, pelo menos metade da população economicamente ativa jogada em atividades de baixa produtividade, baixa remuneração e alto risco de inserção e permanência no trabalho, seja pela violência física (como demonstra o contínuo processo de expropriação no campo), seja pela violência econômica praticada pelas grandes empresas e oligopólios contra as atividades informais e de pequeno porte. Revelam, por fim, a existência de um Estado que, ao longo dos governos militares, a despeito de sua modernização, foi altamente conivente com o grande capital financeiro e industrial, fosse ele nacional ou estrangeiro, direcionando a maior parte de seus recursos para a criação de uma infra-estrutura pública voltada para privilegiar o econômico em detrimento do social. Tais características fizeram com que o Estado contribuisse, antes de tudo, para acentuar as desigualdades; as quais se ampliaram com o padrão de desenvolvimento econômico pós-1964.

## II.2 - OS ANTECEDENTES DA CRISE ECONOMICA

Existe farta literatura sobre economia e política econômica no Brasil pós-1964. Grande parte dela foi produzida ao longo dos anos setenta, embora algumas reinterpretações, particularmente sobre a economia no Governo Geisel, tenham sido publicadas nos anos mais recentes (1). Assim, ao invés de abordar de forma exaustiva os antecedentes da crise econômica, julgou-se melhor descrever seus traços principais.

### II.2.1 - O "Milagre Econômico Brasileiro"

O período 1968-1973, conhecido também como "milagre econômico brasileiro", pode ser caracterizado, antes de tudo, pelas altas taxas de crescimento do produto. Ao longo desses seis anos, o PIB cresceu a uma média geométrica de 11,2% ao ano (tabela II.1); a inflação registrada oficialmente (tabela II.4) chegou aos níveis mais baixos de todo o período autoritário; a utilização de capacidade produtiva instalada alcançou 100% nos anos de 1972 e 1973 (tabela II.5) (2).

Todo esse desempenho positivo da economia conviveu com um padrão de desenvolvimento calcado na expansão dos setores de bens de capital e de bens de consumo duráveis. A produção dos chamados bens não duráveis de consumo ou "bens-salário" pouco se

expandiu (tabela II.2), dado que o modelo não foi solidário com estratégias de crescimento mais redistributivas que privilegiassem aumentos reais dos salários de base. Foi assim que o salário mínimo real de 1963 foi 24% inferior ao de 1964 e o de 1973 reduziu-se ainda 16% sobre o de 1968 (tabela II.27). Essa contínua queda do salário mínimo conviveu com uma ampliação do leque salarial e com uma forte expansão das camadas médias urbanas que, de certo modo, garantiram a demanda continuada por bens duráveis de consumo, seja pelo seu nível de renda, seja pela criação, por parte do Governo, de mecanismos de endividamento das famílias, como é o caso do crédito direto ao consumidor (3).

No plano externo, o período do milagre representa uma fase de forte crescimento das exportações, particularmente de produtos industrializados (tabelas II.10 e II.11). Essa ampliação e diversificação da pauta de exportações brasileira, garantiu, em certa medida, a criação de condições para ampliar as importações, especialmente aquelas de produtos manufaturados estratégicos para a continuidade do processo de desenvolvimento. Assim, algumas medidas tomadas no período, como a redução geral das tarifas de importação (que atingiu, em média, 28% em 1967) foi essencial na configuração do grande salto das importações pós-1968, especialmente no que diz respeito aos bens de capital e insumos estratégicos para a indústria (as chamadas "importações especiais - tabela II.12). Tais itens de importação, posteriormente isentos de tarifas, tiveram forte incremento durante a gestão do Ministro da Fazenda Delfin Netto, chegando a ser responsáveis por três quartos do total da pauta de importações em 1971. Tal estratégia de crescimento propiciou o acúmulo de um pequeno déficit na Balança Comercial, em 1971 e 1972 (tabela II.10) (4).

Apesar deste comportamento ligeiramente desfavorável no que diz respeito ao Balanço de Pagamentos, o período apresentou as maiores taxas de crescimento econômico da história recente do Brasil (tabela II.2). Os desequilíbrios externos provocados pela mudança dos preços relativos de alguns insumos estratégicos importados e as próprias limitações à acumulação de capital impostas por um modelo concentrador e excludente passaram a restringir a continuidade deste padrão de crescimento econômico a partir de 1974, como será visto a seguir.

## II.2.2 - A Economia Brasileira entre 1974 e 1980

A desaceleração do crescimento observada a partir de 1974 e que antecede a crise econômica dos anos oitenta foi, em certa medida, resultante da maior inserção da economia brasileira na economia mundial, a partir do momento em que esta começa a apresentar sinais de recessão. Em diferença do que ocorreu no Brasil no período da grande depressão econômica dos anos trinta, o crescimento através da ocupação dos espaços do mercado interno

passou a depender, desde então, de uma complexa e diversificada pauta de importações, que só poderia ser garantida quando a economia brasileira mantinha, de forma equilibrada, o crescimento de suas relações comerciais com o exterior.

Em outras palavras, o crescimento equilibrado do volume de transações comerciais com o exterior garantia, de um lado, a ampliação de parcela substancial dos níveis de produto e emprego dos setores domésticos e de outro, possibilitava o crescimento diversificado da pauta de importações, especialmente aquela voltada para suprir a demanda intersetorial, tendo em vista o crescimento autodeterminado da renda nacional. Se o grau de endividamento externo fosse muito elevado e a dívida externa de curto prazo atingisse largas proporções do PIB, uma economia, com as características da brasileira, passaria a ter que mergulhar em violento esforço exportador, para saldar compromissos externos, prejudicando a capacidade de garantir seus investimentos estratégicos através das importações. Isto só não ocorreria se fossem negociadas, de forma favorável, as condições de pagamento da dívida externa e a distribuição da renda fosse mais equitativa, ao ponto de garantir o crescimento do mercado interno pois, caso contrário, o país teria que produzir superávits comerciais constantes, o que acarretaria na canalização de boa parte do produto nacional para o exterior.

Embora o choque do petróleo tenha sido apontado pelo discurso oficial da época como o principal responsável pela desaceleração da economia a partir de 1974, sabe-se que a deterioração das condições de troca internacionais, prejudicando a manutenção das exportações nos mesmos patamares de crescimento que os verificados no período do milagre, também contribuíram para a degradação do Balanço Comercial brasileiro. Entre 1973 e 1974 as importações cresceram 72% enquanto as exportações elevaram-se em apenas 8% (tabela II.11).

Não resta dúvida que o item "petróleo" apresentou-se como um dos agentes responsáveis pelo crescimento das importações, aumentando de 769 para 2962 milhões de dólares entre aqueles dois anos, respectivamente. Mas vale ressaltar que todos os outros grandes itens da pauta de importações tiveram comportamento similar; destacando-se os itens "ferro fundido e aço" (de US\$ 493,4 para US\$ 1536,0 milhões); "fertilizantes" (de US\$ 138,5 para US\$ 405,3 milhões); "produtos químicos orgânicos" (de US\$ 340,5 para US\$ 636,3 milhões) e "produtos químicos inorgânicos" (de US\$ 99,0 para US\$ 236,0 milhões) entre 1973 e 1974, respectivamente. Portanto, apesar do petróleo ser o item de maior peso na pauta de importações, a degradação dos termos de troca foi decorrência da alta dos preços internacionais de grande parte dos insumos importados, o que numa sociedade ainda em franca dependência do setor externo, trouxe graves desequilíbrios. A tabela II.12 mostra que entre 1973 e 1974 o peso de todos esses itens na pauta de importações passou de 29,7% para 45,7%.

Entre 1973 e 1980 as importações de combustíveis

minerais passam de US\$ 769 para US\$ 10.200 milhões. A participação relativa deste item na pauta de importações evoluiu de 12,4% para 44,4%, chegando a mais de 50% em 1981 (tabela II.12). Neste mesmo período, o valor das importações praticamente duplica, pulando de 13,7 para 25,5 bilhões de dólares, enquanto as exportações aumentam somente de 13,7 para 22,3 bilhões da mesma moeda (tabela II.11).

Apesar destes desequilíbrios externos, a economia brasileira no período 1974-1980 continuou a crescer, embora a ritmos menores que os verificados na época do milagre. Grande parte desse crescimento pode ser atribuído ao caráter indutor do gasto público, especialmente no Governo Ernesto Geisel, que realizou poderosos investimentos públicos em alguns setores tais como insumos básicos, energia, mineração, prospecção de petróleo e transportes. A maioria destes investimentos caracterizava-se pelo longo prazo de maturação e início de operação. Para financiar tais investimentos, recorreu-se a uma excessiva dose de endividamento externo e a expansão desmesurada da dívida pública (5).

Quanto ao endividamento externo, destaca-se que até 1978 o sistema financeiro internacional empenhou-se por empurrar aos países sub-desenvolvidos e em desenvolvimento uma enorme massa de excedentes financeiros, oriundos da abundância de ativos em petrodólares e euromoeças.

No que diz respeito à dívida pública, vale destacar seu crescimento, apesar do caráter nitidamente ortodoxo das políticas econômicas de curto prazo. Regidas pela batuta de Mário Henrique Simonsen, elas orientavam-se por metas restritivas de corte da base monetária, tendo em vista reduzir as expectativas inflacionárias. Mas tal política contencionista não podia fazer frente a expansão creditícia originada dos empréstimos externos, o que era acirrado pela utilização das empresas estatais como tomadoras de empréstimos em euromoeças. Assim, a desconexão entre a formulação e a gestão das políticas econômicas interna e externa foram importantes elementos na pré-configuração da crise econômica dos anos oitenta (6).

Embora em nenhum momento tivesse apresentado as espetaculares taxas de crescimento de dois dígitos registradas ao longo do "milagre", o período 1974-1980 teve um crescimento médio do PIB da ordem de 7,5% ao ano (tabela II.1); taxa dificilmente alcançada por qualquer economia desenvolvida no mesmo período de referência. Tal crescimento operou-se num contexto onde as taxas de inflação elevaram-se continuamente, começando com 34,5% em 1974 e finalizando o período com os 110,2% encontrados em 1980 (tabela II.4). Este aparente descontrole das taxas inflacionárias se reflete, na verdade, nos dois últimos anos da série (1979 e 1980), dado que os anos que vão de 1974 a 1978 apresentam uma certa estabilidade inflacionária, situada entre 30% e 40%. Na verdade o aumento das taxas de juros internacionais a partir de 1978 (tabela II.20) e a segunda elevação internacional dos preços do petróleo foram, em parte, os fatores que desestabilizaram a

inflação, na virada para os anos oitenta. No caso dos juros, vale dizer que a maior parte dos empréstimos externos contraiados pelo Brasil, na virada dos anos setenta para os oitenta, foi feita com taxas flutuantes (tabela II.15-A), acarretando numa violenta elevação dos compromissos externos, a qual ocorreria mesmo que novos empréstimos fossem contraiados.

### II.2.3 - A Política Econômica do Período 1974-1980 (7)

A política econômica "pós-milagre" caracterizou-se, antes de tudo, pelo descompasso entre os objetivos grandiosos de longo prazo e os instrumentos de "stop and go" utilizados no curto prazo. A grandiosidade dos objetivos de longo prazo pode ser expressa nas metas do II Plano Nacional de Desenvolvimento (II PND) que, com base nos êxitos obtidos no passado recente, projetava um novo patamar de expansão, a partir da necessidade de sustentar elevadas taxas de crescimento do investimento, do produto e do emprego. A inadequação desta estratégia em face aos objetivos de curto prazo, estava dada pela utilização, de forma tradicional, dos instrumentos de política econômica (8), tendo em vista reverter a inflação e o déficit do balanço de pagamentos, que aumentavam em face aos desequilíbrios externos provocados pelo aumento dos preços das matérias primas e pelos juros internacionais. Vale dizer que entre 1973 e 1980, passa-se de um superavit de US\$ 2,2 bilhões para um deficit de US\$ 3,5 bilhões (tabela II.17).

Assim, no período 1974-1976, ao mesmo tempo em que os laboratórios do Ministério do Planejamento construam as metas do II PND, a política econômica estiolava-se na tentativa (frustrada) de conter o crédito e as importações como forma de conter a inflação propagada pelo choque externo (9). Os resultados alcançados por esta estratégia foram muito tímidos, dado que inflação, que em 1973 situava-se em 15,5% ao ano, elevou-se para 34,5% e 29,4% em 1974 e 1975 (tabela II.4), respectivamente.

Ao mesmo tempo, a ortodoxia dos cortes no crédito e nas importações começaram a estimular queda nos ritmos de crescimento da indústria. As pressões empresariais anti-recessivas, já em 1975, acabaram por derrubar tal estratégia, dando lugar a outra, de corte expansionista que, capitaneada pelo aumento do patamar de gasto público, corroborava com as intenções dos formuladores do II PND. Ao final de 1975, muitos projetos governamentais, como o PROALCOOL, além de outros na área de insumos básicos, davam a impressão de que o Brasil era uma "ilha de desenvolvimento" em plena recessão mundial. O grande crescimento do capital estatal no período levou parte substancial do setor empresarial a encarar, de forma duvidosa, o papel do setor produtivo estatal, o que acabou por fazer com que o governo criasse uma série de medidas de controle das estatais (estabelecimento do imposto de



ronda, limites a criação de subsidiárias, limites a operações de crédito junto a esfera financeira e a bolsa de valores, etc.). Ao mesmo tempo, o Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico (BNDE) passou a desenvolver linhas de crédito especiais e prioritárias para os capitais genuinamente nacionais, com taxas de juros subsidiadas e incentivos fiscais. A tabela II.22 mostra a evolução dos empréstimos concedidos aos setor privado no período.

Assim, já em 1976 o nível global de investimento havia retomado seu curso, não só ao nível do capital privado, mas principalmente em função das inversões do setor público que, através de obras como Itaipú bi-nacional, aumentavam as necessidades de financiamento do setor público, pressionando para cima a dívida interna. A tabela II.8 mostra que em 1976 a formação bruta de capital fixo chegou ao seu nível mais alto de todo o período 1970-1985 (27,6%).

O aumento do endividamento público trazia, como era de se esperar, novas pressões inflacionárias. Nesse quadro, fortalecem-se novamente as propostas contencionistas dentro do Governo, lideradas pelo Ministro da Fazenda Mário Henrique Simonsen. A compressão do crédito, a liberação da taxa de juros (tabela II.21) e os limites impostos à expansão do gasto público; remédios amargos para um período onde os investimentos projetados longe estavam de terminar, teriam que ser compensados com novas alternativas de financiamento. Tais alternativas estavam dadas pelas favoráveis condições de crédito internacional no euromercado.

Com uma política de aperto creditício interno, pelo lado do orçamento monetário, e outra de tomada de empréstimos externos, foi possível manter a continuidade do ritmo de inversões públicas, ao mesmo tempo em que se tentava controlar a inflação e o déficit público. A estabilização dos preços do petróleo, até 1977, e melhorias na exportação de produtos agrícolas, em especial o café, trouxeram efeitos positivos sobre o balanço comercial. Mas apesar destes efeitos, a política de corte estritamente monetarista implementada pelo Ministro Simonsen criou efeitos depressivos nos níveis de crescimento industrial. Por outro lado, o Banco Central, com a elevação dos juros internos, passava a utilizar a dívida pública como mecanismo de saldo dos recursos que ingressavam em moeda estrangeira a taxas de juro sensivelmente menores.

As medidas econômicas tomadas de abril de 1976 até fins de 1977; grande parte delas de corte monetarista ortodoxo (elevação do encaixe compulsório dos Bancos Comerciais; redução do prazo de financiamento aos bens de consumo duráveis; limitação dos gastos nos órgãos da administração direta federal; elevação da taxa de juros interna a níveis maiores que as vigentes no mercado internacional tendo em vista permitir aplicações líquidas de recursos externos no Brasil ao mesmo tempo em que se limitava o crédito interno) passaram a exercer pequenos efeitos recessivos no crescimento da economia e em particular da indústria, apesar dos impactos positivos, já mencionados, sobre o Balanço Comercial

e a inflação.

O aperto creditício, a ligeira sobrevalorização cambial e a elevação das taxas de juros geravam pressões empresariais em todos os níveis. Pequenos e Médios empresários, agricultores e exportadores cantavam em coro críticas a política econômica do Governo, pressionando em favor da redução dos juros, ampliação do crédito e da desvalorização cambial do cruzeiro. Frente a estas pressões e a determinação de não modificar o caminho adotado, o Governo não teve outra opção que não fosse abrir uma diversificada linha de créditos subsidiada, a qual beneficiava desde pequenos, médios empresários e agricultores, até exportadores. No restante da economia, os juros continuavam elevados e o crédito limitado, o que criou efeitos reais de erosão da rentabilidade das empresas. Estas, por sua vez, para resgatar seus compromissos financeiros, passaram a reajustar os preços com maior velocidade, gerando um crescimento da inflação, no final de 1977 e que, apesar de toda a ortodoxia, continuou a crescer até 1980.

O hiato entre a elevada taxa de juros e as linhas de crédito governamentais subsidiadas levavam o Governo a ter que recorrer a emissão monetária e ao lançamento de títulos da dívida pública como alternativa para cobrir o rombo que se abria entre as necessidades de caixa do Governo e os subsídios, o que se refletiu numa forte elevação do endividamento interno, reduzindo a eficácia da política monetária ortodoxa voltada para a contenção dos patamares inflacionários. A tabela II.23 mostra que a partir de 1978 os ativos financeiros começam a crescer de forma acelerada. Os chamados haveres monetários (papel moeda, depósitos a vista, etc.) cedem lugar aos chamados haveres não monetários (títulos federais, depósitos em poupança, depósitos a prazo e letras de câmbio), que passam a ter uma importância cada vez maior na composição dos ativos financeiros (tabela II.24) (10).

Por outro lado, as diversas formas de enxugamento do gasto público eram neutralizadas em seus propósitos pelas necessidades de utilizar as grandes empresas estatais como tomadoras de recursos externos, o que contribuiu não só no aumento da dívida externa mas também no aumento dos serviços da dívida, dado que grande parte dos empréstimos eram contraídos tendo em vista serem saldados a curto prazo.

E por isso que estas empresas detinham alta parcela de despesas financeiras em seus custos operacionais, como pode ser observado na tabela II.25. Assim, em 1979 os custos financeiros representavam 56% dos custos operacionais das empresas estatais.

As grandes empresas oligopolistas e formadoras de preços, em função da elevação das taxas de juros, passaram a ter boa parte dos seus lucros ligados a aplicações no mercado financeiro. Com o aumento dos chamados "lucros de Caixa 2", e frente a instabilidade do quadro da economia nacional, poucas empresas se aventuravam a investir parte de seus lucros em ativos produtivos. Todos esses elementos geravam uma situação de extrema

ingovernabilidade do mercado financeiro, afetando fortemente o desempenho da economia em especial quanto ao crescimento do produto, da renda e do emprego. Ao mesmo tempo, a carga financeira passa a ser importante elemento de custos das empresas, especialmente das pequena e médias, as quais não detinham capacidade de girar seus recursos em velocidade suficiente para saldar seus compromissos financeiros. A tabela II.25 mostra o peso das despesas financeiras no custo das empresas a partir de 1978.

Diante deste quadro o Ministro Mário Henrique Simonsen, que trocou a pasta da Fazenda pela do Planejamento em 1979, em nome de uma maior centralização da gestão da economia, passou a adotar algumas medidas destinadas a:

a) - Reduzir o ritmo de expansão do crédito interno e da dívida externa;

b) - Reduzir os subsídios explícitos e implícitos aos exportadores existente na política de sobrevalorização do dólar;

c) - Realizar cortes reais no gasto e no investimento das empresas estatais tendo em vista a obtenção de um superavit fiscal, o qual seria, em parte, destinado a resgatar parte da dívida pública (11).

O caráter cosmético destas medidas era evidente, pois elas não mexiam nem de perto com as causas da inflação, as quais repousavam, não na expansão dos gastos governamentais e dos subsídios, mais sim no mecanismo da "ciranda financeira" (12) que tinha na alta e especulativa taxa de juros seu principal componente. Assim, ao invés de reduzir a inflação, as medidas adotadas em 1979 elevaram ainda mais os preços (tabela II.4) que, diante do aperto creditício e dos elevados juros, eram compelidos para cima como forma de atualizar os compromissos financeiros empresariais. Por outro lado, o corte no crédito interno e externo, bem como nos gastos e investimentos governamentais acarretaram em novas e mais fortes pressões anti-recessivas dos empresários, as quais levaram a demissão do Ministro Simonsen e sua substituição por Antonio Delfin Netto na pasta do Planejamento.

Apesar do discreto apoio que o novo ministro gozava dos segmentos empresariais, Delfin não foi muito feliz em seus primeiros dois meses de Governo. A escalada inflacionária, a elevação internacional dos preços do petróleo (impulsionada com a revolução xiita no Irã) e os desequilíbrios da Balança Comercial oriundos deste fato, fizeram com que Delfin adotasse um novo diagnóstico das causas da inflação, o qual reconhecia, nos desequilíbrios do sistema financeiro, captancado pela emissão desenfreada de títulos da dívida pública, o problema número um a ser enfrentado. Mas ao lado deste problema estrutural, era necessário recuperar a capacidade de auto-financiamento do Estado, o que só poderia ser feito através da elevação dos preços e tarifas públicas, deteriorados pela política de contenção de

preços públicos praticada por Simonsen. Isto incluía aumentar os preços dos derivados do petróleo que não correspondiam mais a realidade internacional. Tais medidas, chamadas de "inflação corretiva", apesar de expandir, num primeiro momento o nível geral de preços, faziam com que, no período seguinte, o endividamento público pudesse ser enxugado a partir de uma melhor base de sustentação das receitas governamentais. Ao mesmo tempo, o corte aos subsídios, o maior controle da entrada de recursos externos e a redefinição das prioridades do gasto público contribuiriam para um efetivo saneamento das finanças da União.

Os principais setores beneficiados com o diagnóstico de Delfin foram, naquele momento, a agricultura e o destinado a produção de excedentes exportáveis. Ao primeiro foi criada a possibilidade de aumentar a exportação de produtos agrícolas, bem como reduzir o custo de vida pelo barateamento da produção doméstica. O "slogan" da época, fazendo uma alusão ao personalismo do Presidente João Figueiredo, dizia: "plante que o João garante". Quanto ao segundo, colocou-se como meta em 1980 uma expansão real de 30% do valor de bens destinados ao mercado externo, a partir da utilização de sistemas de crédito subsidiado às exportações (8% ao ano sem correção monetária).

Delfin era, sem vias de dúvida, menos ortodoxo do que Simonsen. Desta forma, num primeiro momento, nenhuma restrição mais séria foi imposta ao investimento estatal, desde que este fosse feito moderadamente. Houve uma maior centralização do controle das empresas estatais que poderiam continuar a expandir suas atividades dentro dos limites impostos pelo autofinanciamento propiciado por uma política realista de tarifas.

Buscando conduzir tais objetivos, Delfin implementa, nos últimos três meses de 1979, uma série de medidas, muitas das quais voltadas a administração dos preços no curto prazo:

- Retirou do cálculo dos índices de preço por atacado da FGV, para efeitos de correção monetária, os itens "petróleo e derivados", contribuindo para reduzir o valor real de uma série de ativos governamentais, inclusive os Fundos Sociais, as Cadernetas de Poupança e os títulos da dívida pública, que eram corrigidos pela correção monetária;

- Aumentou o nível de incidência de alguns tributos federais, como é o caso do imposto de renda da pessoa jurídica;

- Tabelou as taxas de captação financeira, permitindo uma redução real dos juros;

- Criou um órgão específico para controle das empresas estatais: a Secretaria Especial das Empresas Estatais - SEST;

- Reestruturou os mecanismos governamentais de controle de preços, mediante a criação da SEAP, que centralizava órgãos como a SUNAB e o CIP. Limitou a liberdade de reajuste de preços

até então vigente (reduzindo para dois o máximo de reajustes anuais permitidos para cada preço) e instituiu, pela primeira vez, mecanismos de controle das margens de lucro das grandes empresas;

- Promulgou uma maxi-desvalorização cambial do cruzeiro em relação ao dólar de 30% e criou o imposto sobre exportações, ao mesmo tempo em que eliminou os subsídios a exportação e o depósito compulsório de 100% sobre o valor das importações.

- Reajustou uma série de preços e tarifas públicas;

Além de todas estas medidas, cumpre destacar que a aceleração inflacionária e seu efeito corrosivo sobre os salários levou o Congresso à promulgar, em outubro de 1979, uma nova lei salarial que instituía o reajuste semestral automático dos salários para todos os trabalhadores formais, dado que muitas grandes empresas já praticavam tal reajuste a seus funcionários. Embora fosse contra tal medida, Delfin teve que conviver com ela ao longo de sua gestão.

Não é preciso dizer que muitas das medidas tomadas tiveram forte efeito na brusca elevação dos patamares inflacionários, que passam de 77% em 1979 para 110% (tabela II.4) em 1980. O reajuste das tarifas públicas, a maxi-desvalorização do cruzeiro, a elevação da carga tributária, aliada a existência de mecanismos de proteção dos ativos financeiros, preços e salários aumentavam as expectativas inflacionárias dos distintos segmentos da economia brasileira, tornando difícil sua redução.

Visando quebrar as expectativas inflacionárias com as medidas de fins de 1979, Delfin passa a buscar, em 1980, novos instrumentos de política econômica. Anunciou a pre-fixação dos índices de correção monetária e cambial (40% e 45%). Mas, ao mesmo tempo, criou, ainda no primeiro semestre, um empréstimo compulsório, com base nas declarações do Imposto de Renda da Pessoa Física, de 10% sobre os rendimentos não-tributáveis, a ser devolvido depois de 2 anos sem correção monetária com juros de 6% ao ano; aumentou as alíquotas do IRPF sobre rendas de capital e - a medida de maior impacto - criou o Imposto sobre Operações Financeiras (IOF).

A elevação da carga tributária com estas novas medidas, aliada a continuidade da estratégia de inflação corretiva, não permitiu que a inflação baixasse em 1980, contribuindo, até mesmo, para sua permanência em patamares bastante elevados. Ao mesmo tempo, agravava-se a situação no que diz respeito ao setor externo. Os primeiros meses de 1980 representaram a perda de boa parte das reservas acumuladas até então. A elevação dos juros internacionais (tabela II.20) e a deterioração da posição brasileira, não só tornavam mais difícil a captação de novos empréstimos, como elevavam os "spreads" para o Brasil, justamente num momento em que se agravava a situação do Balanço de Pagamentos. Em nome destas dificuldades e das pressões crescentes de segmentos nacionais e estrangeiros no sentido de que o Brasil

adotasse uma política econômica recessiva e fosse conversar com o FMI, a SELIAN torna-se obrigada a se pronunciar sobre o assunto, tendo sido bastante firme ao rejeitar a submissão, naquele momento, ao FMI, apesar da necessidade de negociar com a comunidade financeira internacional. Tal posição foi momentaneamente fortalecida com a ligeira queda dos juros internacionais a partir de junho, provocada pela abundância de petrodólares no euromercado, o que possibilitou ao Brasil absorver o aumento dos "spreads".

A momentânea melhoria das contas externas não era correspondida, no entanto, pela redução da inflação e dos investimentos tanto privados como públicos. No caso destes últimos, vale destacar a ocorrência de um corte de 15% dos investimentos programados pelas estatais, a partir da própria SEST, acompanhado pela redução de 1,1 bilhões de dólares em importações feitas pelo setor público, além da redução do custeio e dos gastos com pessoal, cujas contratações ficaram congeladas por um curto intervalo de tempo.

O ano de 1980 ainda apresentou um forte crescimento do PIB (9,1 contra os 7,2% encontrados em 1979 - tabela II.1), captaneado pelas exportações, pelo bom desempenho da agricultura e pela correção automática semestral dos salários que, naquele ano, ainda permitiu a manutenção do consumo em patamares relativamente altos. As leis salariais que se seguiram, a partir de 1981, trouxeram fortes efeitos na redução da renda real dos assalariados (tabela II.28). O aumento da inflação, a redução dos investimentos públicos e privados e a instabilidade do setor externo criaram as condições para que o Brasil mergulhasse numa das maiores crises econômicas de sua história, tal como a que se inicia em 1981.

### II.3 - A CRISE EXPLÍCITA: 1981-1984

Entre 1981 e 1983 o PIB brasileiro decresceu 4,9% (em média, isto representou uma queda de 1,6% ao ano). Os dados indicam que, nestes três anos, o comportamento foi de decréscimo (-3,3%) em 1981, ligeiro crescimento (+0,9%) em 1982 e novo decréscimo (-2,5%) em 1983. Em 1984 o crescimento retornou, situando-se em 5,7% (tabela II.1). Isto porque, a partir de setembro de 1984, os indicadores disponíveis já demonstram um crescimento do produto industrial e do emprego.

De 1981 para 1982 a retórica do Ministro Antônio Delfin Netto se modifica radicalmente. Enfatizava o ministro a necessidade de reconquistar o direito de crescer, a partir de um processo de acomodação estrutural que possibilitasse corrigir os rumos do passado a partir de novas prioridades (agricultura, energia e exportações) ao mesmo tempo em que eliminasse as restrições sofridas no período (13). Para eliminar tais

restrições, a nova estratégia preconizava um ajuste estrutural da economia brasileira, o qual passou a se submeter, posteriormente, ao monitoramento do FMI (14).

Mas que motivos poderiam ter levado Delfin a mudar de posição de forma tão categórica? Recordando o que foi dito anteriormente, Delfin era totalmente contrário a supervisão do FMI até 1982. Nas palavras do próprio ministro, em palestra proferida na ESG em 24 de junho de 1981, "Os senhores devem ter lido os jornais que, diariamente, soítavam entrevistas dizendo que era preciso ir ao Fundo (Monetário Internacional) e intrujavam nos jornais lá fora, dizendo que o banqueiro tal queria, gostaria que fôssemos ao Fundo. Se fôssemos ao Fundo, seria o fundo mesmo... Se tivéssemos ido ao FMI, teríamos de ajustar muito mais dramaticamente a taxa de crescimento porque não poderíamos escolher nem o caminho nem a velocidade do ajustamento." Não foram precisos dois anos para que o Brasil entregasse sua política econômica ao monitoramento do FMI. Em dezembro de 1982, foi iniciada a etapa de consultas oficiais. Em 6 de janeiro de 1983, saiu a primeira carta de intenções (15).

Porém, mesmo antes da etapa oficial de consultas ao Fundo, os anos de 1981 a 1983 foram marcadamente recessivos. Entre 1981 e 1983, a produção da indústria de transformação caiu cerca de 12,9% (-4,5% ao ano, como pode ser visto na tabela II.2) e o investimento foi drasticamente reduzido, especialmente em 1983 (tabela II.26). Dados da EAIS mostram que entre 1980 e 1983 o nível de emprego caiu 6,0% no mercado de trabalho formal (tabela II.34). A tímida recuperação que se inicia em 1984 não foi suficiente para elevar o emprego em mais de 3,8%, não chegando, sequer, aos níveis existentes em 1979. Nos setores mais afetados pela crise, como é o caso da indústria de transformação, a queda do emprego entre 1980 e 1983 chegou a 16,5% e a tímida recuperação de 1984 não elevou o emprego, senão em 5,7% (Ver tabelas II.34 e II.35) (16).

Ao mesmo tempo, as taxas de inflação, que se mantêm próximas dos 100% em 1981 e 1982 (95,2% e 99,7%, respectivamente), pulam para 211,0% em 1983 (tabela II.4), demonstrando a ineficácia estabilizadora das medidas até então adotadas.

A redução do deficit da Balança Comercial de 1980 e os pequenos superávits obtidos nos anos de 1981 e 1982 (tabela II.11) não foram suficientes para reverter a expectatativa dos credores externos e da comunidade financeira internacional sobre o mau comportamento (e a má gestão) da política econômica no Brasil. Em face a todos estes problemas, Delfin optou por abraçar a linha de menor resistência: aceitar o monitoramento do FMI e impor uma estratégia francamente recessiva, com fortes impactos negativos na redução do emprego, dos salários e conseqüentemente do consumo e da produção destinada ao mercado interno de bens e serviços.

A primeira Carta de Intenções do Brasil ao FMI (janeiro de 1983) estabelecia como meta para aquele ano uma inflação de

70% e uma redução da relação déficit público/PIB para 7,9%. O exame da proposta e o comportamento dos indicadores econômicos brasileiros nos dois primeiros meses do ano, fizeram com que fosse elaborada nova carta de intenções, em 24 de fevereiro de 1983, na qual as metas quanto ao comportamento da inflação sugeriam uma taxa anualizada de 85% a 90% ao final de 1983 e elevavam a meta relacionada ao déficit público para 8,8% do PIB.

A irreabilidade das metas contidas nas duas primeiras cartas de intenções residia no próprio comportamento da inflação entre janeiro e agosto de 1983 (108% em termos acumulados). Em 1983 a inflação anualizada alcançou os 211% (tabela II.4). O receituário do FMI demonstrava ser pouco eficaz no que se refere ao controle da inflação e ao equilíbrio das contas externas e internas. Em fins de 1984, o Brasil já estava a negociar sua sétima carta de intenções com o FMI. A inflação alcançou 223,8%, tendo sido a maior taxa até então registrada. Ao mesmo tempo, as constantes elevações nos preços e tarifas do setor público, bem como os aumentos na carga tributária e a redução dos gastos e investimentos do Governo estavam funcionando muito mais no sentido de realimentar a inflação e o desemprego do que no de reduzir a dívida pública, a qual, em novembro de 1984, já tinha 83% de sua composição com vencimento de prazo inferior a 24 meses. A elevação da dívida pública e, particularmente, da de curto prazo, contribuía não só na manutenção das altas taxas de juros, como também no aumento da emissão monetária. Para manter a atratividade de seus papéis (LTN's e ORTN's) o Governo mantinha elevada a taxa de juros, o que dificultava a contratação de novos empréstimos, por parte das pequenas e médias empresas, ou jogava as grandes empresas numa febre especulativa igualmente perniciosa para a retomada do investimento. Ambos os mecanismos deprimiam a produção e encareciam os preços finais dos bens e serviços, contribuindo para a aceleração do processo inflacionário.

Foi assim que a dívida pública se expandiu 73% em termos reais entre 1980 e 1981 e 66% entre 1981 e 1983. Em 1984 observa-se uma redução real de 25,5% na magnitude da referida dívida (tabela II.40).

Neste período, a dívida externa elevou-se de 62,8 para 99,8 bilhões de dólares entre 1980 e 1984, com um crescimento anual de 12,3%, provocado muito mais pelos escorchantes juros cobrados do que pela contratação de novos empréstimos (tabela II.15).

A dívida externa, portanto, apesar de ter-se tornado centralizada pelo Banco Central na gestão Delfin, constituía outro fator agravante do quadro recessivo. Contribuiu para pressionar incessantemente a elevação dos custos das empresas que contrairam, em algum momento, empréstimos externos. O endividamento junto aos Bancos internacionais, por parte das empresas, foi outro fator de pressão de custos e de preços. Paralelamente, apesar do Brasil ter adotado uma política de ligeira sobre-valorização do cruzeiro nos anos de crise, os exportadores pressionavam constantemente para que fosse adotada

uma política cambial mais realista ou de desvalorização do cruzeiro, o que não só elevaria o custo em cruzeiros da dívida, como também traria fortes danos ao setor produtivo não exportador que contraiu empréstimos externos no período.

Portanto, o setor externo contribuiu fortemente na elevação dos patamares inflacionários. Em fevereiro de 1983 foi feita uma maxi-desvalorização do cruzeiro em relação ao dólar, da ordem de 30%. Muitos afirmam que a duplicação da inflação entre 1982 (99,7%) e 1983 (211%) foi uma decorrência parcial da maxi de 1983. Por esse raciocínio, uma política de realismo cambial poderia ter aumentado ainda mais os níveis de inflação, tal como ocorreu na Argentina (700%), Bolívia (16.000%) ou Israel (1200%). Mas, de qualquer forma, isso não ocorreria, pois a solução de fortalecer o setor exportador, antes de ser uma saída para a crise, foi uma solução imposta pelo sistema financeiro internacional e pelo FMI.

Assim, sem um reescalonamento da dívida externa, como fizeram México e Argentina, ou sem uma moratória que visasse o estabelecimento de condições realistas de pagamento da dívida, adequadas para a retomada do crescimento econômico, o Brasil teve que se empenhar, em particular nos anos de 1983, 1984 e 1985, em violento esforço exportador conjuntamente com uma contenção racional das importações. Ao longo de 1984, o país teve um superavit recorde da Balança Comercial (US\$ 12,6 bilhões) - o dobro do obtido em 1983 - dado por um crescimento de 20,6% das exportações (chegando estas a US\$ 26 bilhões) e uma queda de 11,6% das importações. O direcionamento de parte substancial do parque produtivo nacional para a exportação e a queda das importações podem dar a dimensão do enfraquecimento do mercado interno e da queda do poder aquisitivo da população no período.

Do ponto de vista internacional, o aumento das exportações brasileiras teve como fator de estímulo, a tendência recente da economia americana em gerar déficits colossais em sua balança comercial. Isto era, em parte, fomentado pelas grandes empresas transnacionais que queriam reduzir seus custos e eliminar empresas ineficientes do mercado americano, através da penetração de produtos internacionalmente mais baratos, especialmente na área de insumos estratégicos, aço, alimentos, etc. Apesar de fomentada pelo governo Reagan, tal política sofre constantes críticas de meios sindicais opositores, do pequeno empresariado e de setores protecionistas da economia americana, o que não garante a sua eternização. Isto demonstra a instabilidade em se apostar num crescimento prolongado da economia brasileira, às custas do deficit comercial americano.

Dentro deste quadro, cabe destacar alguns tópicos especiais da política econômica neste contexto de crise, em particular no que diz respeito ao comportamento do mercado de trabalho.

### II.3.1 - A Política Salarial ao longo da Crise

O rebaixamento dos salários reais e a ampliação do leque de remunerações foi a tônica da política salarial implementada desde 1964. A redução dos salários de base foi uma das peças do modelo de acumulação de capital que se ergue a partir deste período. Este novo modelo prescindia de uma elevada taxa de salários, porque não tinha como elo de sustentação o setor de bens de consumo não duráveis (17). Os setores de bens de capital, de insumos básicos e de bens duráveis de consumo foram os principais eixos do desenvolvimento industrial no Brasil nos anos sessenta e setenta. Esta nova estrutura produtiva estava voltada para o desenvolvimento da malha setorial inter e intra-industrial, para as camadas médias urbanas e para o mercado internacional.

Nestas circunstâncias, o rebaixamento dos salários de base atuou como mecanismo de redução dos custos industriais e como forma de rebaixar os preços, seja para baratear o investimento, seja para aumentar a competitividade externa dos manufaturados nacionais. A série histórica de evolução do salário mínimo revela que de 1964 a 1974 o salário mínimo real cai 41% (tabela II.27) Sua elevação, até nos anos recentes, tem sido muito tímida (18).

Além da redução dos salários de base, a intervenção nos sindicatos, a partir do ato institucional número 5 (1968), quebrou o movimento de reivindicações salariais dos sindicatos mais combativos, que vinha ocorrendo desde o aumento das taxas de inflação nos primórdios dos anos sessenta, impedindo que a taxa de salários fosse negociada livremente, dentro das condições estabelecidas pelo mercado.

Em termos mais concretos pode-se dizer que em junho de 1964 foi baixada uma circular da Presidência da República (a de número 10), fixando normas para reajuste dos salários dos órgãos da administração pública direta e indireta, na qual os reajustes salariais deveriam ser feitos em períodos iguais ou superiores a um ano, tendo em vista estabelecer o salário médio dos últimos vinte e quatro meses, adicionado de um percentual de produtividade a ser fixado pelo Governo. Em setembro de 1964, um novo decreto (o de número 54.228) estende ao setor privado normas semelhantes às fixadas pelo setor público. Na conjuntura inflacionária do período, recompor o salário médio dos últimos 24 meses representava uma perda real de mais de 50%, em termos de reajuste. Para completar tais modificações, uma lei de 1965 (lei 4.725) suprimiu o poder normativo da Justiça do Trabalho, delegando ao poder executivo o papel de árbitro privilegiado e exclusivo em questões salariais. A partir de 1966 (dec-lei 57.627), com a queda das taxas de inflação, o resíduo de reajuste salarial passou a incluir uma projeção da inflação esperada para o ano em curso. Em 1967 uma modificação no artigo 623 da CLT passou a proibir a realização de acordos coletivos que

infringissem as normas em curso. E, para culminar, sob o pretexto das perturbações na ordem pública provocadas pelas greves de Osasco (SP) e Contagem (MG), foram suspensos, em 1968, os direitos políticos dos sindicatos (19).

Todos estes mecanismos, destinados a manter reduzido o patamar salarial dos trabalhadores, permaneceram inalterados até a segunda metade dos anos setenta. Os destaques ficaram por conta da introdução de mudanças nos critérios de cálculo dos índices de inflação, as quais acarretaram em perdas ainda maiores no poder aquisitivo dos trabalhadores (20).

A partir de 1978 recomeçam as ações grevistas que acabam por forçar a reintrodução de mecanismos de negociação direta dos salários entre os empregados e os empregadores. O clima de distensão do Governo Geisel e a abertura do Governo Figueiredo, associada ao recrudescimento dos níveis de inflação, propiciaram as condições para uma maior participação dos trabalhadores no cenário político nacional.

Outra importante modificação foi a promulgação, em novembro de 1979, da lei 6708 que, além de estabelecer reajustes semestrais dos salários regidos pela CLT, facultava aos trabalhadores formais de mais baixa renda (1 a 3 salários mínimos) a obtenção de reajustes 10% superiores à variação semestral da inflação. A medida de cálculo dos reajustes salariais passou a ser o INPC, calculado pelo IBGE.

Um dos objetivos declarados pela nova política salarial (21) era o de reduzir as desigualdades existentes na distribuição de rendimentos entre os assalariados. Com esse espírito, os trabalhadores com renda entre 3 e 10 salários mínimos recebiam seus reajustes semestrais pela integralidade do índice, além do efeito cascata que incidia sobre sua parcela de remunerações na faixa de 1 a 3 mínimos. Procedimento semelhante era aplicado aos trabalhadores com renda superior a 10 mínimos, onde o reajuste era de 80% do INPC, além do efeito cascata incidente nas faixas anteriores. Portanto, a totalidade dos assalariados formais com renda de até 11,5 salários mínimos teve reajustes iguais ou superiores a inflação, ocorrendo o inverso com aqueles que tinham renda superior a esse patamar.

Tal mecanismo redistributivo, no entanto, tinha como principal limitação a própria dinâmica do processo inflacionário. Assim, não era difícil demonstrar, na prática, que quanto mais rápida fosse a elevação dos preços, menor seria o potencial redistributivo da nova política salarial. A aceleração do processo inflacionário em 1979 criou uma forte polêmica entre técnicos do Governo, economistas, empresários e líderes sindicais sobre os efeitos dos reajustes salariais, assim calculados, na realimentação do processo inflacionário. Alguns defendiam que a nova política salarial era inflacionária, enquanto outros atribuíam à rigidez dos lucros e a necessidade de manutenção do "mark-up" das empresas o comportamento de elevação dos preços.

No bojo desta polémica, a elevação do deficit público e o insuficiente desempenho da estrutura de arrecadação tributária dificultavam novas formas de expansão dos mecanismos de financiamento do gasto público, obrigando o Governo a pensar mecanismos reais de corte de suas despesas. Assim, em 1980, a opção da SEPLAN foi adotar um programa de cortes voltado, basicamente para os subsídios (trigo, petróleo e derivados, etc.), elevação das tarifas e corte das despesas de custeio, notadamente com pessoal. No conjunto destas medidas, propõe-se uma nova alteração na legislação salarial, tendo em vista reduzir a massa de salários efetivamente paga pelo setor público.

A Lei 6.886, promulgada em dezembro de 1980, não introduz modificações de grande monta na legislação anterior. Os reajustes dos trabalhadores com renda de até 15 salários mínimos permaneceram inalterados. Foram criadas duas novas faixas: a de 15 a 20 salários mínimos (com reajuste de 50% adicionado do efeito cascata sobre as outras parcelas) e a de mais de 20 salários mínimos (com o efeito cascata das classes anteriores, adicionado da possibilidade de negociação com o empregador) (tabela II.28). Dados da RAIS revelavam que, em 1980, apenas 2,8% dos trabalhadores formais auferiam renda superior a 15 salários mínimos. No entanto, tal proporção era significativamente mais elevada no setor público, o que reforçava a hipótese que vinculava a promulgação da nova lei às necessidades de redução do deficit público.

No entanto, entre 1980 e 1983 os efeitos da crise econômica se tornaram mais dramáticos. A indústria de transformação, segundo os dados da RAIS, dispensou cerca de 668 mil empregos formais (tabela II.34). Os salários, especialmente nas principais regiões metropolitanas, sofreram perdas reais superiores a 20% (tabelas II.37 e II.38). O emprego no setor informal no mercado de trabalho ganhou nova dimensão, com a proliferação de trabalhadores por conta-própria e empregados sem carteira de trabalho assinada (tabela II.33). No bojo destes efeitos, as cartas de intenções do Brasil para com o FMI propunham cortes ainda mais vultosos nos rendimentos dos trabalhadores, o que se refletiu nas leis salariais posteriores.

Os decretos 2012, 2024, 2045, 2064 e 2065, todos de 1983 (tabela II.28), foram resultados objetivos desse período crítico de ajustamento da economia brasileira. Em fevereiro de 1983 entrou em vigor o dec-lei 2012, que eliminava o acréscimo de 10% sobre o INPC para o trabalhador que recebia até 3 salários mínimos e o consequente efeito cascata para as classes de reajuste subsequentes. Paralelamente, o 2012 criou novas faixas para efeitos de reajuste que reduziam ainda mais a taxa de salário da economia. Assim, de 1 a 3 salários mínimos o reajuste era de 100% do INPC, de 3 a 7, 95% do INPC, de 7 a 15, 80% do INPC, de 15 a 20, 50% do INPC e mais de 20 salários mínimos, negociação direta com o empregador.

Ainda que, publicamente, técnicos do FMI negassem qualquer intenção de interferir na política salarial brasileira,

esse objetivo sempre foi apresentado às nossas autoridades como um dos caminhos para controlar a inflação e conter o déficit público. O decreto-lei 2012, contudo, não foi considerado suficiente. Segundo relatos jornalísticos e entrevistas de autoridades do Fundo na época, a política salarial deveria reduzir a reposição dos salários em 70% do INPC. Ao mesmo tempo, vários políticos e parlamentares, além dos sindicatos, começaram a criticar duramente o novo decreto, em virtude da redução ainda maior do poder aquisitivo dos trabalhadores que ele trazia.

No meio de todas essas pressões, o Governo retirou de votação o dec-lei 2012, substituindo-o por outro, o 2024, que tinha, como única diferença do anterior, o reajuste de 100% do INPC, para a faixa de até 7 salários mínimos. Além desse decreto, o INPC foi expurgado, nos meses de junho e julho de 1983, em 1,0 e 1,5 pontos percentuais, o que representou perdas ainda maiores no poder aquisitivo dos trabalhadores.

Mas, mesmo com tais medidas, o receituário ortodoxo do FMI e dos banqueiros estrangeiros propunha novos cortes nos salários. Em documento preparado pelo Departamento do Hemisfério Ocidental daquela instituição e trazido pela missão que aqui desembarcou em 9 de julho de 1983, o FMI considerava imperativa a desvinculação total da inflação dos índices salariais e propunha a substituição do sistema de reajuste dos salários por outro onde a tônica fossem as negociações coletivas.

A partir destas pressões foi promulgado em 14 de julho o dec-lei 2045, que limitava todos os reajustes salariais a 80% do INPC, por dois anos, eliminando as diferenças de reajuste por faixas existente na legislação anterior. Tal decreto admitia a livre negociação salarial depois do acordo coletivo. O dec-lei 2045 estava sendo encarado pelas autoridades financeiras internacionais como condição "sine-qua-non" para a continuidade da estratégia de renegociação da dívida externa brasileira. Conforme declaração do Secretário do Tesouro Americano - Donald Regan - dois dias antes da votação do 2045 pelo Congresso, "... o compromisso dos bancos, assumido segunda-feira, de conceder novos empréstimos de 8,5 bilhões de dólares está, claro, dependendo da adoção, pelo Brasil, do programa do FMI, que tramita agora pelo Congresso Brasileiro". Dessa forma, Regan identificou o programa do FMI ao dec-lei 2045. Mas as pressões não cessaram aí. No mesmo dia da votação do referido decreto no Congresso (19/10/83), William Dale, representante do FMI, afirmava em Zurique que sem lei salarial (2045) não haveria apoio do FMI ao Brasil. Ao mesmo tempo em que aumentavam as pressões internacionais pela aprovação do 2045, cresciam as pressões internas de sindicatos, movimentos sociais e de boa parte do Congresso que estava contra a tática econômica restritiva, com relação aos salários, adotada pelo Governo sob orientação do FMI. Dessa forma, mesmo com o "Estado de Emergência" promulgado em Brasília no dia da votação, pelo período de 60 dias, o Congresso rejeita o 2045, bem como toda a legislação de restrição dos salários, em especial das estatais, (dec-leis 2036, 2039 e 2040) que estava para ser votada.

A rejeição do 2064 não intimidou o Governo em seu intento de conter os salários pois um novo decreto, o 2064, já estava encomendado pela previsão de uma eventual não aprovação do anterior. O dec-lei 2064 propunha a eliminação do efeito cascata dos reajustes salariais existentes anteriormente, e utilizava um número muito maior de faixas de reajuste. Mesmo preservando o poder de compra dos assalariados com renda inferior a três mínimos (garantindo a correção pelo INPC pleno), as perdas salariais nas faixas subsequentes eram muito maiores. Mais uma vez, o novo decreto ficou na eminência de ser rejeitado pelo Congresso. Com isso, o Governo retira de votação o dec-lei 2064 e introduz um novo decreto, o de número 2065, que reintroduz o efeito cascata garantindo a integralidade do INPC para os trabalhadores com renda inferior a 3 salários mínimos, 80% do INPC para os de renda entre 3 e 7 mínimos; 60% do INPC para aqueles com salários entre 7 e 15 mínimos e 50% para os de renda superior ao limite da última faixa. Mesmo com a reintrodução do efeito cascata, a perda salarial representada pelo advento do 2065 foi uma das maiores já registrada na história recente do Brasil, especialmente para a chamada "classe média" que teve a forte compressão de seu poder aquisitivo.

Além das questões específicas acima mencionadas, o dec-lei 2065 introduziu a livre negociação dos salários entre patrões e empregados, a partir de agosto de 1986. Até 31 de julho de 1985, estariam em vigor as faixas de reajuste acima mencionadas. Entre agosto de 85 e agosto de 86 os salários passariam a ser reajustados em 70% do INPC e a partir desta data até agosto de 1987 e posteriormente até agosto de 1988, em 60% e 50% do INPC, respectivamente, com a possibilidade de negociar o diferencial entre esses percentuais e a integralidade do índice.

O dec-lei 2065 foi vigorou até finais de 1984, como principal mecanismo de política salarial. Na prática, no entanto, as grandes empresas faziam negociações "por cima" com seus empregados, garantindo reajustes superiores ao estipulado por lei. Ao mesmo tempo, as pequenas e médias empresas e o Governo cumpriram, de uma forma ou de outra tal legislação, com efeitos negativos no nível de renda dos assalariados, como será visto a seguir.

### II.3.2 - Os Efeitos da Política Econômica no Comportamento dos Níveis de Emprego - 1979-1984

Os efeitos combinados da recessão e da política salarial de corte restritivo trouxeram uma queda da qualidade de vida da população, consubstanciada no aumento dos níveis de desemprego, na queda dos salários reais e na elevação dos níveis de desproteção dos trabalhadores, representada pelo incremento dos empregados sem carteira de trabalho assinada e dos trabalhadores sem cobertura previdenciária.

Mesmo diante deste quadro, as taxas de atividade (22) (tabela II.32) permaneceram elevadas, seja em função do aumento dos níveis de pressão sobre o mercado de trabalho, seja pela proliferação das ocupações de baixo rendimento ou baixa remuneração, que caracterizam o chamado "setor informal". Entre 1979 e 1985, a taxa de atividade global no Brasil passou de 53,6% para 56,1%. Apesar deste aumento, o nível da atividade feminina permanece bem inferior ao verificado para os homens, dado que a taxa de atividade masculina em 1985 (76,0%) foi mais do dobro da relativa ao contingente feminino da força de trabalho (36,9%). Mesmo assim, verificou-se um forte incremento da atividade feminina ao longo da crise, especialmente nas idades mais maduras. Assim, a taxa de atividade feminina na idade de 30 a 39 anos aumenta de 41,6% para 49,7%; entre 1979 e 1985, o que indica que as mulheres passaram a procurar ingressar com mais frequência no mercado de trabalho, certamente como forma de complementar os orçamentos familiares deteriorados pelo desemprego e pela queda dos salários reais.

Em paralelo ao aumento das taxas de atividade no período em tela, ocorreu uma contínua expansão do contingente relativo de pessoas a procura de trabalho. A taxa de desocupação (23) (ou de desemprego aberto, como é tradicionalmente conhecida na literatura internacional), aumentou de 1,84% em 1979 para 4,86%, em 1983, quando atingiu seu ponto mais elevado (tabela II.29). Com a tênue recuperação da economia, a partir de setembro de 1984, as taxas de desemprego começaram a declinar, atingindo 3,38% em 1985.

O indicador de desemprego aberto, numa economia marcada pela presença de um grande setor informal do mercado de trabalho e pela ausência de mecanismos de proteção social ao desempregado, como o seguro desemprego (24), não é a melhor forma de expressar a deterioração das condições reais de inserção no mercado de trabalho. No Brasil, o aumento do desemprego no mercado formal de trabalho se reflete na elevação do próprio setor informal, pois um trabalhador ao perder seu emprego, é obrigado a utilizar sua força de trabalho da forma mais rentável que puder para manter sua sobrevivência e a de sua família. Assim, em épocas de crise, quando o número de empregos nos setores organizados da economia se reduz drasticamente, as taxas de desocupação não se alteram, podendo até diminuir em certas circunstâncias.

Tal fenômeno pode ser explicado pelo fato do desemprego aberto, numa economia como a brasileira refletir, mais do que outras circunstâncias, uma desocupação friccional, medindo o contingente relativo de pessoas que se encontram em trânsito de uma situação de emprego ou ocupação para outra. Dessa forma, essa taxa não mede apenas o nível de perda de empregos e sim o saldo (num dado período de referência) dos que entraram e saíram da condição de desocupados naquele momento. A inexistência de seguro desemprego e a necessidade de sobrevivência faz com que a taxa não se eleve substancialmente, mesmo quando o desemprego dos setores organizados aumenta. Portanto, nas épocas de crise ela obscurece a passagem de desempregados abertos para a condição de

desempregados disfarçados (25).

Dadas estas características, um bom indicador da perda de empregos formais em atividades não agrícolas nas épocas de crise pode ser fornecido, como mostram as tabelas II.34 e II.35, pelas estatísticas da Relação Anual de Informações Sociais (RAIS) (26). Dados desta fonte indicam que, entre 1980 e 1983, o número de empregos formais do país declinou de 19,3 para 18,2 milhões, o que representa um decréscimo bruto relativo de 6,0% no período. Tal queda no nível de emprego formal, em termos brutos, pode ser melhor visualizada na indústria extrativa (-10,9%); na indústria de transformação (-16,4%), nos chamados serviços industriais de utilidade pública (-4,4%), na construção civil (-37,9%); no comércio (-10,5%) e nos serviços (-4,4%). O único setor que apresentou crescimento do número absoluto de empregos foi a administração pública (+16,0%), cuja dinâmica empregatícia tem sido, historicamente, bem peculiar.

Por motivos diversos dos que levaram Roosevelt a adotar estratégias keynesianas de emprego, através do setor público americano nos anos 30, o Estado no Brasil tem utilizado, eventualmente, sua máquina empregatícia no sentido anticíclico, especialmente nas instâncias locais, como Estados e Municípios. Eleições, clientelismo político, empreguismo, reestruturação parcial de órgãos e funções do Governo em diversas instâncias da administração pública tem sido algumas das várias formas que o Estado encontrou para manter elevado, mesmo que de forma casual, o ritmo de emprego público. Embora o aumento dos níveis de ocupação nos órgãos governamentais tenha sido contrabalançada por uma queda dos salários reais do setor público, tal fato contribuiu para a elevação dos patamares de gasto governamental, elevando a relação carga tributária/PIB e o déficit público nos anos da recessão. Este aumento do emprego no setor governo ocorreu, a despeito das pressões internas (dos próprios gestores da política econômica) e externas (do FMI) em reduzir os gastos de consumo do Governo, especialmente no que se relaciona à folha de salários.

Analisando o comportamento do nível de emprego formal no período 1980-1983, observa-se que somente nas regiões Sul e Sudeste ocorreram quedas acentuadas no volume de empregos. As demais regiões do país apresentaram crescimento absoluto, embora pequeno, do número de postos de trabalho.

A partir de setembro de 1984, como mencionado anteriormente, começa a ocorrer uma discreta recuperação da economia brasileira, o que se refletiu na elevação dos patamares de emprego. Os dados da RAIS revelam que o número de postos de trabalho, a despeito de não chegarem, sequer, os níveis existentes em 1979, se elevaram de 18,2 para 18,8 milhões entre 1983 e 1984, apontando um crescimento de 3,7% neste último ano. Tal crescimento se verifica nas atividades estrativas minerais (4,1%); na indústria de transformação (5,7%) e nos serviços (3,2%), dado que os serviços industriais de utilidade pública permaneceram com seu crescimento estável e a construção civil (-

3,9%) e o comércio (-1,2%), por dependerem do nível de investimento e da elevação da renda das famílias, respectivamente, mantiveram a tendência a queda. Já o setor público permaneceu com seu ritmo de absorção de empregos, com um crescimento relativo de 7,9% entre estes dois anos (tabelas II.34 e II.35).

Além da redução do volume de empregos formais, a dimensão social da crise pode ser vista através de outros indicadores relacionados a proteção social do trabalhador. Assim, entre 1979 e 1983, o percentual de empregados sem carteira de trabalho assinada sobre o total de empregados aumenta de 40,1% para 47,2%, reduzindo-se discretamente para 45,1% em 1984. Isto revela como proliferaram, nesse período, as estratégias de contratação da força de trabalho "por fora" do chamado setor formal, dada a perda de postos de trabalho regulares analisada anteriormente. Outra forma de visualizar o problema pode ser dada pelo acompanhamento da "taxa de não contribuição à Previdência Social" (tabela II.33), expressa pela relação entre os trabalhadores que não contribuem para a previdência e o total de trabalhadores do país. Tal procedimento mostra que esta taxa sobe de 50,1% em 1981 (seu ponto mais baixo) para 52,3% em 1983, elevando-se para 53,2% em 1984. Estes dados revelam uma das causas da crise do sistema previdenciário, expressa pela redução relativa do número de contribuintes, a qual foi fruto da proliferação de empregos sem proteção regulamentada e do aumento de trabalhadores por conta-própria de baixa qualificação (biscateiros, tarefeiros, camelôs, etc.), que em geral não detm regularidade suficiente de seus rendimentos para assumir, espontaneamente, um desconto para a Previdência.

Uma das características marcantes da crise econômica foi, certamente, sua dimensão urbana. Era de se esperar, portanto, que as Regiões Metropolitanas como as do Rio de Janeiro e São Paulo detivessem quedas nos níveis de emprego bastante aceleradas ao longo da crise, fato que pode ser detectado a partir das estatísticas da Pesquisa Mensal de Emprego (PME) do IBGE (tabela II.30). Mudanças metodológicas efetuadas entre março e junho de 1982 incompatibilizaram a comparabilidade da série histórica da referida pesquisa que detinha informações mensais sobre emprego e desemprego desde janeiro de 1980. Portanto, passaremos a analisar a série disponível a partir de julho de 1982. Observa-se que entre 1982 e 1983 a taxa de desocupação da Região Metropolitana de São Paulo passa de um patamar de 5% para 7%, atingindo seu ponto mais alto em fevereiro de 1984 (8,1%). Já no segundo semestre deste ano pode-se notar uma tendência a redução do desemprego, corroborada pelo desempenho dos indicadores de produção industrial e de vendas no comércio varejista. Comportamento similar ocorreu na Região Metropolitana do Rio de Janeiro.

Além dos impactos verificados nos níveis de emprego, os efeitos sociais da crise podem ser observados, também pela deterioração dos níveis de renda e dos salários dos trabalhadores, como será visto a seguir.

### II.3.3 - O Comportamento dos Salários e dos Rendimentos ao Longo da Crise

Apesar da política salarial dos anos recessivos ter se pautado, de 1979 a 1981, por uma elevação real dos rendimentos dos trabalhadores formais com renda de até 3 salários mínimos em 10% sobre a variação do INPC, os efeitos da explosão inflacionária que caracterizou esses anos, a política de rotatividade das empresas para reduzir salários e a redução dos rendimentos reais dos trabalhadores de rendas médias e mais elevadas trouxeram, em conjunto, uma forte queda dos rendimentos dos trabalhadores ao longo do período. Isto porque boa parte dos rendimentos do setor informal urbano dependem, em grande medida, dos níveis de renda das chamadas "camadas médias" da população, que contratam serviços pessoais de baixa remuneração. Assim, a política salarial do Governo, apesar de seu aspecto "Robin Wood" entre os assalariados, trouxe reduções, tanto para os altos e médios salários, como para boa parte dos rendimentos dos trabalhadores informais. Os efeitos da crise e da política salarial do período serão, aqui, estudados em dois movimentos: em relação ao salário mínimo e em relação ao salário médio dos trabalhadores, segundo as estatísticas fornecidas pela PME.

Com relação ao primeiro, cumpre destacar que desde 1974, quando chegou ao seu ponto mais baixo dos anos setenta, que o salário mínimo vem sofrendo um lento e gradual processo de crescimento real. Tomando como base janeiro de 1952 (tabela II.27), observa-se que o salário mínimo atinge seu ápice em 1957 (índice 124), embora tenha permanecido elevado ao longo de todo o período regido por Juscelino Kubitschek. A partir de 1964 o salário mínimo experimentou uma forte e contínua queda, passando de 93,6 naquele ano para 55,2 em 1974. A tênue recuperação desse referencial de rendimentos a partir de 1975 se estende ao longo dos anos de crise, chegando a 66,8 em 1982, quando retoma seu movimento de queda em 1983. Certamente que a inclusão dos expurgos de 1,5 e 1,0 pontos percentuais dos índices de inflação em junho e julho de 1983 no cálculo dos salários influenciou esta tendência a queda. Assim, em 1983 o índice real de salário mínimo cai para 56,8 alcançando 52,7 em 1984; valor inferior ao percebido na pior fase dos anos de autoritarismo.

Vale observar que tais informações se referem aos valores encontrados nos meses de reajuste do salário mínimo (maio e novembro na conjuntura 1979-1984). Em épocas altamente inflacionárias como as vividas nos últimos anos, o salário mínimo real médio tende a ser muito menor em função da rápida corrosão do poder aquisitivo provocada pela inflação.

Historicamente, vários motivos tem impedido a elevação real do salário mínimo. Mas pode-se afirmar que, na conjuntura recente, as políticas de contenção dos salários de base encontram

na destinação de parcela crescente do excedente produtivo para a exportação (e não para o mercado interno) um dos principais elementos que respondem por este fenômeno. As limitações da produção voltada para o consumo doméstico fazem com que o aumento da demanda não possa ser respondido por elevações na quantidade produzida. Nestas circunstâncias, a política econômica oficial prefere manter reduzidos os níveis de salário sobre a alegação de que o aumento da demanda poderia prejudicar o esforço exportador ou elevar a pressão interna pelo aumento de preços, tanto pelo lado dos custos como pelo lado da demanda.

Além da redução do salário mínimo, vale destacar os efeitos da política salarial na compressão do salário médio dos trabalhadores. Nesse particular, os dados da PME são bastante elucidativos (tabelas II.38 e II.39). Eles revelam que, na Região Metropolitana de São Paulo, a massa salarial teve uma queda real de 23,1% entre setembro de 1980 e setembro de 1983. Este dado, no entanto, apresenta uma série de oscilações, se for considerado ano a ano. Assim, mantendo-se como referência o mês de setembro (27), observa-se que entre 1980 e 1981 eles sofrem uma queda de 15,1%; entre 1981 e 1982, apresentam um crescimento de 18,1%; entre 1982 e 1983 sofrem nova queda (23,3%) e no ano seguinte novo crescimento (9,6%). Portanto, duas importantes observações devem ser feitas com relação ao comportamento da massa salarial entre 1980 e 1984:

a) Entre 1982 e 1983 ocorreu a maior queda da massa salarial em todo o período da crise;

b) Mesmo com o crescimento ocorrido entre 1983 e 1984, a massa salarial de 1984 foi 15,6% inferior a de 1980 em termos reais.

Esses dados mostram a gravidade da deterioração do poder aquisitivo dos trabalhadores ao longo da crise recente, pois, mesmo com o crescimento da população economicamente ativa, a massa salarial sofreu uma perda real de grandes proporções. Como tal deterioração ocorreu num período de ausência de investimentos, marcado pelo redirecionamento da produção para as exportações, pode-se afirmar que os efeitos da política econômica ao longo da crise comprometeram seriamente a capacidade de crescimento do mercado interno no Brasil.

Outro importante indicador fornecido pela PME é a evolução mensal do rendimento médio mensal dos empregados na Região Metropolitana de São Paulo (tabela II.38). Seu acompanhamento revela que, tomando como base o mês de setembro, o rendimento médio real dos empregados cai continuamente entre 1980 e 1984, não havendo nenhum ano em que tal rendimento tenha aumentado. A perda salarial acumulada neste período foi de 27,2%. O rendimento médio mensal dos empregados em São Paulo caiu de US\$ 233,74 para US\$ 170,23 entre 1980 e 1984, respectivamente.

Diante deste quadro de aumento do desemprego e queda dos salários, cabe destacar a grande parcela de ocupados no

Brasil que ainda recebem rendimento inferior a um salário mínimo. Em 1979 eles chegavam a 41,6% da PEA. Em 1983, alcançaram 41,7%, reduzindo-se para 40,9% em 1984. Pode-se dizer, portanto, que pouco se alteraram as condições de distribuição dos rendimentos entre os assalariados nos anos de crise, mesmo com a fórmula "Robin Wood" imposta pelas leis salariais vigentes.

#### II.3.4 - Os Efeitos da Crise nas Receitas e nos Gastos do Governo.

Quando o Ministro Delfin Netto assumiu o comando da política econômica, no segundo semestre de 1979, o discurso oficial atribuía fundamentalmente às causas externas (elevação dos juros internacionais e dos preços dos insumos importados) o incremento das taxas de inflação. Paulatinamente, quando o Brasil passou a ter que se submeter ao monitoramento do FMI para negociar melhores condições de pagamento da dívida externa, o discurso relacionado aos determinantes da inflação começou a responsabilizar o deficit público como um dos principais fatores indutores da carestia. Nesta visão, a elevação dos gastos governamentais - fator que induzia o governo a elevar constantemente suas receitas tributárias - passou a ser vista com maus olhos pelas autoridades governamentais. Tornou-se necessário, assim, cortar não apenas as despesas de custeio como também os investimentos governamentais, dado que os gastos do Governo exerciam efeitos expansionistas sobre o orçamento monetário, no afã de financiar o deficit público. Nesta visão, a demanda governamental, por ser excessiva, contribuía para elevar o gasto público, detonando fortes impactos inflacionários nos mecanismos de formação de preços.

Com base nesse diagnóstico, o Governo Federal, através de algumas medidas já mencionadas anteriormente, passou a exercer forte controle dos gastos públicos. A criação da Secretaria Especial das Empresas Estatais (SEST), centralizou o comando financeiro-orçamentário de todos os órgãos e empresas da administração federal nas mãos da Secretaria de Planejamento da Presidência da República. Os investimentos governamentais, que até então sustentavam boa parte do setor construção civil e da indústria de bens de capital sob encomenda, setores esses já debilitados com a crise, reduziram-se a níveis próximos da inexistência.

Assim, os efeitos depressivos sob os níveis de arrecadação tributária decorrentes da crise tornaram-se ainda maiores com os encadeamentos indiretos propiciados pelo corte nos gastos de investimento e custeio do setor público, criando um processo "boomerang", onde cada corte na estrutura de gastos provocava perdas ainda maiores na arrecadação no momento seguinte. Tal situação era sobremaneira agravada pela especificidade da estrutura tributária brasileira que, até hoje, detém nos impostos sobre o consumo (produção e circulação de mercadorias) e não nos impostos sobre a renda, a sua principal

fonte de sustentação. Nestas circunstâncias, era de se esperar que aumentos nos tributos gerassem novos efeitos propagadores sobre os preços, em virtude da possibilidade de repasse que os empresários detêm em transferir adicionais de carga tributária para os consumidores.

A elevação das alíquotas de alguns impostos existentes, como o IPI, bem como a criação de novos impostos como o Imposto de Operações Financeiras (IOF) e, posteriormente o FINSOCIAL, contribuíram para elevar ainda mais os preços das mercadorias, seja diretamente pelo repasse aos consumidores, seja indiretamente, pela elevação virtual da taxa de juros (no caso do IOF), que era repassada para o custo e posteriormente para os preços das empresas que recorriam ao sistema financeiro de crédito corrente e de capital.

Adicionava-se a isso tudo, a adoção de um conceito equivocado de deficit público, o qual, apesar de ser considerado pelos ministérios econômicos como um deficit fiscal era, na verdade, composto por uma série de itens (subsídios creditícios estimados pelo custo de oportunidade dos empréstimos governamentais, encargos da dívida pública decorrentes de uma política deliberada de endividamento, subsídios ao trigo, álcool, resultados do desempenho das empresas estatais, etc.) que, afóra a dificuldade de serem contabilizados num mesmo saco, jamais poderiam ser classificados como "de origem fiscal". Por essa metodologia, o deficit do setor público evolui de 6,7% do PIB em 1979 para 8,3% em 1982. Com o advento da primeira carta de intenções do Brasil para com o FMI, em 1983, aquela instituição sugere uma nova metodologia para mensuração do deficit, a qual serviria de base para o cumprimento das metas de desempenho acordadas. A nova metodologia baseava-se no conceito de deficit nominal e tinha por objetivos avaliar as necessidades de recursos do Governo tendo em vista o seu enxugamento. Apesar de ter aspectos positivos, como a exclusão dos subsídios creditícios no cálculo do deficit, essa metodologia incluía o cômputo das correções monetária e cambial da dívida pública, o que muito cedo se mostrou inadequado ao comportamento de uma economia inflacionária como a brasileira, onde qualquer elevação das taxas de inflação tende a puxar para cima a relação deficit público/PIB. Ao mesmo tempo, a metodologia proposta pelo FMI detinha outra fragilidade, resultante de não serem consideradas as contas do setor público financeiro (Banco Central, BNH, Bancos Estaduais) no cálculo do deficit, o que contribuía para subestimá-lo (28).

Dadas estas restrições, surge, com a terceira carta de intenções do Brasil com o FMI, em finais de 1983, o conceito de deficit operacional, o qual apenas excluía do critério anterior o cômputo das correções monetária e cambial. Por esse novo critério, o deficit operacional cai para 1,9% e 2,7% do PIB (tabelas II.41 e II.42), em 1983 e 1984, respectivamente. Isto mostra o brusco corte que foi efetuado nos gastos governamentais nestes anos recessivos. Para ilustrar melhor tais movimentos, passar-se-á a descrever o comportamento das receitas e despesas

governamentais nesses anos de crise.

A observação do comportamento das receitas tributárias do Governo Federal, entre 1975 e 1986, demonstra a existência de um movimento permanente de sistole e diástole. Entre 1975 e 1982, a cada elevação da massa de recursos fiscais correspondia uma retração no ano seguinte (tabela II.43). Isto fez com que a receita tributária bruta da União praticamente não se expandisse ao longo desse período, dado ser ela em 1982 ligeiramente inferior, em termos reais, ao patamar existente em 1976. Portanto, o argumento defendido por algumas correntes de pensamento conservador proclamando ser elevada a carga tributária no Brasil carecia de consistência diante dessas evidências. Pode-se afirmar ainda que, em termos per-capita e como proporção do PIB, as receitas fiscais da União caem continuamente ao longo desse período.

A situação se torna ainda mais grave ao longo do período mais duro da recessão, consubstanciado nos anos de 1983 e 1984, quando a massa de arrecadação fiscal cai 15,9% e 6,4%, respectivamente, retornando, em 1984 a níveis reais inferiores em 8,5% aos de 1975 (tabela II.43).

Dada essa permanente contração das receitas tributárias da União, como o Governo financiava suas ações? Através de outros mecanismos adicionais: a expansão da dívida pública; a criação e expansão dos chamados Fundos Sociais (FPAS, FGTS, PIS/PASEP, FNDE, FINSOCIAL, etc.) que se tornaram importantes mecanismos de financiamento dos gastos sociais do Governo (29), além de outros como as políticas de preços e tarifas dos bens e serviços públicos e a expansão da base monetária.

Entre 1975 e 1984 a dívida pública federal (30) aumentou 95,9% em termos reais (tabela II.40). Tal expansão vertiginosa do valor da massa de títulos do Governo vem sendo utilizada para financiar gastos governamentais, embora parcela crescente destes títulos tem sido emitida com vistas a resgatar títulos antigos. Desta, a maior parte é composta pelas ORTN's (atuais OTN's) e o restante engloba as LTN's e, recentemente, as Letras do Banco Central (LBC's).

Da mesma forma, o montante de recursos que compõe os chamados Fundos Sociais tem apresentado forte crescimento, representando proporções cada vez maiores da receita tributária federal, como demonstram os dados da tabela II.47, relativos a evolução das receitas de alguns desses fundos.

Quanto aos demais itens mencionados, vale dizer que:

a) O processo inflacionário provocou nos anos de crise forte deterioração das empresas públicas e algumas tarifas ficaram, em boa parte do período, fortemente defasadas com relação aos custos de produção de seus serviços. Por imposição do FMI, o Governo foi obrigado, particularmente em 1983 e 1984 a

adotar uma política mais realista com relação a preços e tarifas públicas;

b) A expansão da base monetária foi inferior a variação da inflação ao longo de quase toda a crise (cotejar tabela II.22 com tabela II.4), havendo no período uma substituição líquida de ativos monetários por não monetários. Este, portanto, não foi o caminho traçado pela política econômica para financiar o gasto público. As recomendações do FMI eram, por outro lado, avessas a expansão da base monetária como forma de financiar as ações governamentais.

Se as receitas próprias e mecanismos de financiamento do governo apresentaram comportamento tão lastimável no período de crise, foi pelo lado das despesas que podem ser observados os cortes mais drásticos.

Entre 1980 e 1984 os gastos do tesouro sofreram uma queda real de 15,2% (tabela II.45.). O único ano desta série que apresentou uma ligeira elevação foi o de 1982 com relação a 1981. Quanto as despesas que constituem o "gasto social" da União, verificou-se um decréscimo de 14,1% no mesmo período, captaneado pelos cortes sofridos nas funções "assistência e previdência" (-17,6%); "saneamento e proteção ao meio ambiente" (-41,1%); "educação e cultura" (-12,4%); "trabalho" (-21,4%) e "saúde" (-8,1%). Os dois outros programas de política social (alimentação e nutrição e habitação e urbanismo) tiveram um ligeiro crescimento do nível de gastos ao longo do período, particularmente de 1983 para 1984, dado que, em ambos os casos, o nível de despesas em 1983 era inferior, em termos reais, ao patamar de 1980 (tabela II.48).

Este mesmo comportamento depressivo verificado quanto as aplicações dos recursos do orçamento fiscal pode ser observado, também, no que diz respeito as despesas dos chamados "Fundos Sociais". Dessa forma, as despesas do SINPAS se reduzem em 15,1% entre 1980 e 1984, sendo que as maiores quedas ocorreram entre 1982/1983 (-16,2%) e 1983/1984 (-10,1%). Mesmo com a recuperação dos anos 1985 e 1986, os gastos do SINPAS não chegaram, sequer, a recuperar os patamares vigentes em 1981 (tabela II.46).

Os recursos aplicados pelo Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social também sofrem reduções, particularmente concentradas entre 1982/1983 (-16,5%) e 1983/1984 (-29,7%), de modo que neste último ano encontravam-se 26,1% inferiores às aplicações efetuadas em 1980. Fenômeno semelhante ocorreu com os programas do BNH, onde os gastos se reduzem 61,8% entre 1980 e 1984. Até mesmo o FINSOCIAL, criado em 1981 com base no discurso de compensar a redução dos gastos com política social, apresenta reduções reais em suas despesas na ordem de 28,3% entre 1983 e 1984 (tabela II.49).

As políticas de corte nos programas governamentais e os impactos da crise sobre o nível de arrecadação não ocorreram

apenas na esfera federal. As finanças estaduais e municipais também foram fortemente abaladas nesses anos de crise. A arrecadação do ICM, ao nível do Brasil, que constitui o principal imposto de incidência estadual, partilhado com os municípios, descrece 13,7% entre 1980 e 1983. A pequena recuperação ocorrida em 1984 (4,4% com relação a 1983) não propiciou alcançar as receitas auferidas em 1980 (tabela II.44). Ao mesmo tempo, caíam as transferências partilhadas da União com os Estados e Municípios (FPE e FPM), na ordem de 15,4% entre 1980 e 1983 (tabela II.44-A). Estes dados são suficientes para demonstrar que, tanto pelo lado da arrecadação, como pelo das transferências federais, ocorreu um largo estrangulamento das finanças públicas estaduais e municipais, agravando o quadro de penúria das esferas locais já deterioradas desde a centralização administrativa e financeira propiciada pela Reforma Tributária de 1967.

Para contrabalançar tal situação, os Estados e Municípios lançaram mão da expansão da dívida pública, o que foi favorecido pela permissividade do Governo Federal quanto ao volume de títulos da dívida estadual lançados no período. Vale dizer que o Governo Federal não só autorizava como incentivava o endividamento financeiro interno e externo por parte da rede bancária estadual, o que trouxe, posteriormente, sérios problemas quanto ao saneamento financeiro dos Bancos dos Estados, já na Nova República. Assim, apesar de sua constante expansão desde 1974, o volume real da dívida pública estadual aumentou 68,8% entre 1980 e 1984, indicando ter sido este o principal mecanismo compensatório da queda das receitas próprias dos Estados e das transferências da União a estas esferas (tabela II.44).

Mesmo assim, os impactos da redução das receitas no volume de gastos foi bastante acentuado. Entre 1979 e 1984 as despesas reais dos Estados se reduziram 8,4%. Dentre estas, destacam-se as despesas de corte social, que tiveram uma queda de 3,4% no mesmo período. Os programas sociais ao nível estadual que apresentaram a maior redução relativa em seus recursos foram os de saneamento e proteção ao meio ambiente (-9,04%); habitação e urbanismo (-6,44%); cultura e desportos (-5,91%); educação (4,58%) e saúde (-1,94%) (ver tabela II.50). Vale dizer que grande parte destes programas tem vantagens comparativas quando operados descentralizadamente.

Na medida em que ocorreu um crescimento absoluto da população ao longo do período, é de se esperar que o nível operativo das políticas sociais, na maioria dos Estados e Municípios do país se encontre de tal forma deteriorado que exija reformas profundas, não só nos níveis administrativo (redefinição de competências) e tributário (descentralização financeira e fiscal) como no que diz respeito aos propósitos destas políticas sociais (reformas sanitária, educacional, urbana, etc.).

A recuperação da economia nos anos de 1985 e 1986 e o início de algumas reformas estruturais marcam um novo período de euforia na sociedade brasileira, mas que, muito cedo, vem a

demonstrar suas limitações.

#### II.4 - A EFEMERA RECUPERAÇÃO DOS ANOS 1985 E 1986

O ano de 1985 representa a continuidade da recuperação econômica que se inicia a partir de fins do ano anterior. O PIB que já havia retornado a crescer com uma taxa de 5,7% em 1984, incrementou-se em 8,3% em 1985, tendo crescido taxa similar em 1986 (tabela II.1). Dada as características da indústria brasileira, os setores que lideraram esta recuperação foram os de bens de capital e bens de consumo duráveis, que cresceram numa média anual de 14,6% e 6,7% no triênio 1984-1986, como demonstra a tabela II.2. Este crescimento fez com que a relação PIB per capita aumentasse ligeiramente em 1985 e 1986, embora ela não tivesse atingido, sequer, o patamar existente em 1980 (tabela II.3) (31).

A indústria, que teve sua maior ociosidade em 1983, começa a recuperar o grau de utilização de sua capacidade instalada desde 1984. Em 1985 e 1986, a taxa de utilização de capacidade chegou a 77% e 80%, respectivamente (tabela II.5), embora ainda a níveis inferiores aos de 1980. As vendas no comércio varejista que caíram, no Rio de Janeiro, 22,5% em 1984 ao término de um longo processo de desaquecimento das vendas que se inicia em 1979, recuperam seu movimento, crescendo 14,3% e 26,8% em 1985 e 1986, respectivamente (tabela II.6). A expansão também se faz sentir em outros setores, como a agropecuária, que apresenta taxas positivas de crescimento desde a super-safra de 1983. A construção civil volta a crescer em 1985, com uma taxa real de 28,6%, o mesmo ocorrendo com o setor serviços que se expande 13,0% naquele ano (tabela II.7).

Que fatores podem ser apontados como responsáveis pela rápida recuperação destes dois anos? Em primeiro lugar, os efeitos positivos do superavit comercial de 1984 e 1985 (US\$ 12,6 e US\$ 12,0 bilhões) em termos de encadeamentos diretos e indiretos nos distintos setores da economia e em segundo, o reaquecimento do nível de emprego e a melhoria dos salários reais. Dados da RAIS (tabela II.34) evidenciam que o número de empregos formais, que havia chegado ao seu ponto mais baixo em 1983, apresenta um crescimento de 3,7% em 1984 (tabela II.35). Depois da administração pública, o setor que mais puxou esse crescimento foi, sem vias de dúvida, a indústria de transformação onde foram criados 253 mil postos de trabalho só naquele ano (5,7% com relação a 1983).

As taxas de desocupação (desemprego aberto) do IBGE, a partir de julho de 1984, começam a cair em relação aos mesmos meses do ano anterior e permanecem em queda ao longo de 1985 e 1986, só retornando a aumentar a partir de maio de 1987 (tabela II.30).

Os salários e rendimentos do trabalho, depois de uma longa queda a partir do início da década, voltam a crescer desde outubro de 1984, como demonstram os dados da Pesquisa Mensal de Emprego do IBGE para a Região Metropolitana de São Paulo, só começando a cair novamente em abril de 1987 (tabela II.37). Assim, entre setembro de 1984 e setembro de 1985, o incremento do rendimento real dos empregados naquela Região Metropolitana foi de 10,2%. Entre 1985 e 1986, tomando ainda como base o mês de setembro, tal crescimento foi de 31,3% (tabela II.38). Numa conjuntura onde o nível de empregos e os salários aumentaram com tanta velocidade, a massa salarial se expandiu fortemente, atingindo em outubro de 1986, na Região Metropolitana de São Paulo, o valor mais alto da série até então disponível (tabela II.39).

Vale destacar que este movimento de aumento geral dos salários ocorreu a despeito de não ter havido uma elevação real de grande monta no salário mínimo. Na verdade, em 1985, nos meses de maio e novembro que servem de base para o reajuste do salário mínimo, ocorreram pequenos aumentos reais (cerca de 6% acima do INPC), mas que foram rapidamente corroidos pelo processo inflacionário em curso.

Portanto, o aumento dos salários reais foi decorrente de vários fatores, cabendo destacar:

a) O aumento do grau de democratização que propiciou aos sindicatos e associações de funcionários das empresas negociarem aumentos salariais superiores aos permitidos pela legislação em vigor;

b) O reaquecimento da economia e, conseqüentemente, da procura por empregos, especialmente os de maior qualificação, que passaram a ser super-valorizados no mercado de trabalho privado;

c) O próprio setor público que, tanto ao nível federal como estadual e municipal, ou nas distintas esferas de administração (direta, indireta, empresas estatais), procedeu a uma revisão dos salários de seus funcionários, através da aplicação de correções de curva, promoções, etc.

A elevação da massa salarial propiciou, por sua vez, um reaquecimento do consumo doméstico, o qual estava adormecido a algum tempo em virtude dos baixos salários e direcionamento de grande parte da produção para as exportações. Isto permitiu que a produção voltada para o mercado interno retomasse seu crescimento, ocupando parte da capacidade ociosa existente. Ao mesmo tempo, os movimentos de alta dos salários e as expectativas de ganho dos empresários contribuíram para que estes elevassem seus preços em larga escala. As altas taxas de juros, a elevada dívida pública e os compromissos com a dívida externa também contribuíram para manter acesa a chama inflacionária.

Conforme mencionado, os anos oitenta marcaram, no

Brasil, o retorno da inflação a patamares superiores aos existentes em 1964. Mais precisamente, em 1983 a inflação supera os 200% e em 1984 ela chegou a 223,8%. A recuperação de 1985, na ausência de qualquer medida mais drástica para estabilizar os preços, foi a mais alta registrada até então; 235,1% (tabela II.4). Nesta conjuntura de elevação permanente dos preços, qualquer ganho salarial ou monetário era rapidamente depreciado.

Pode-se dizer que o último trimestre de 1985 foi o que respondeu pelas mais elevadas taxas inflacionárias do período. Isto porque, depois de uma tentativa frustrada de controlar a alta dos preços pelo então Ministro da Fazenda Francisco Dornelles, a inflação de 12 meses chega a 212,8% em outubro, 227,2% em novembro e 235,1% em dezembro, alcançando 250,4% em fevereiro de 1986, ou seja, no mês anterior ao do plano de estabilização. A combinação dos estímulos à alta dos preços acima referida com os processos de indexação de ativos financeiros e salários, bem como de alguns preços existentes no país foi, sem vias de dúvida, o elo explicativo da explosão inflacionária do período, principalmente depois de um represamento dos preços de três meses, realizado por Dornelles.

A política econômica em 1985 não teve entre as suas qualidades a coerência. A necessidade de dar legitimidade ao Governo José Sarney diante da morte de Tancredo Neves, gerou a convivência de uma retórica voltada para o social e de uma política salarial mais generosa, ao lado dos diagnósticos conservadores da equipe de Francisco Dornelles sobre as causas da inflação e sobre os mecanismos de combate ao déficit público. Aliado a isto, havia uma clara divergência de linhas de conduta econômica entre as equipes de Dornelles (Fazenda) e João Sayad (Planejamento). Mas vale destacar que, no novo Governo, a batuta que regeria o Ministério econômico, pelo menos implicitamente, estava com a Fazenda e não com o Planejamento, em diferença ao ocorrido na gestão Delfin Netto.

Desta combinação saiu, em março de 1985, o primeiro elenco de medidas do novo Governo, voltadas principalmente para o corte dos gastos públicos (inclusive no que diz respeito aos gastos com a dívida das estatais), redução do crédito, revigoramento dos mecanismos e instituições voltadas para o controle dos preços e elevação da taxa de juros tendo em vista (segundo o argumento do Ministério da Fazenda na época) elevar de forma não inflacionária o volume da dívida pública e a capacidade de financiamento dos gastos governamentais.

Além disso, Dornelles resolveu congelar o preço das tarifas de serviço público, tendo em vista reduzir os impactos inflacionários gerados a partir do próprio governo. A estratégia de controle de preços teve seu ápice no período março - junho, quando o Ministério da Fazenda, a partir do fortalecimento das instituições de controle, executou um represamento dos preços.

Ao longo destes três meses a inflação sofreu ligeiras quedas, propiciando a fixação de um "gap" entre a inflação, a

correção monetária e a correção cambial, tendo em vista remunerar melhor os segmentos financeiro e exportador. Mas ao assim fazer, o Governo complicou sua própria situação de caixa, na medida que este detinha nas dívidas interna e externa o maior componente de seus custos. Com isso, as reservas cambiais brasileiras começam a se deteriorar, da mesma forma que aumentam os encargos financeiros da dívida das empresas estatais.

A manutenção de uma taxa de juros artificialmente elevada num período controle de preços transformava os custos financeiros das empresas numa verdadeira camisa de força contra a realização dos lucros. Nessa perspectiva, as pressões contra o controle de preços foram de tal ordem que já em julho a inflação volta a subir, tornando-se superior a correção monetária, a qual era fixada por outro critério. Desta forma, aumentam os saques da caderneta de poupança e outros ativos financeiros. Cresce também a atividade especulativa com ativos de maior risco e liquidez como mercadorias, ouro, dólar no mercado paralelo, etc.

Frente a estas dificuldades, o Ministro Francisco Dornelles foi substituído, em setembro, por Dilson Funaro que, além de mais afinado com o restante da equipe econômica (Sayad), detinha forte apoio dos segmentos empresariais. As primeiras medidas tomadas por Funaro tiveram um caráter corretivo: era preciso reduzir a taxa de juros. Para tal, Funaro mudou a fórmula da correção monetária novamente (igualando-a a inflação do mês anterior, como era feito antes de Dornelles) e reduziu as taxas de juros pagas para os novos títulos públicos postos no mercado. Ao mesmo tempo, fez gestões no sentido de implementar um maior controle dos preços em alguns ramos produtivos, bem como das margens de comercialização dos supermercados.

Mesmo com tais esforços, Funaro não conseguiu reverter a explosão inflacionária que se seguiu ao represamento de preços de Dornelles, pois além do mecanismo da indexação, que funcionava como correia de transmissão para a elevação dos preços, a elevação dos salários reais em proporção maior do que a expansão da produção voltada para o mercado interno provocou alterações profundas na estrutura de preços relativos, na qual os chamados bens não duráveis passaram a ter, certamente, maior peso na composição dos orçamentos familiares. Alguns setores como têxtil e vestuário chegaram ao limite de sua capacidade produtiva e o aumento da demanda só gerava escassez e especulação.

Transformações na estrutura de distribuição de renda social, quando não são correspondidas por alterações na estrutura produtiva, trazem, inevitavelmente problemas de proporcionalidade dos setores produtivos e eventualmente, mudanças nos preços relativos. Tal problema, que começa a ocorrer em finais de 1985, retorna "a todo o vapor" a partir do plano de estabilização. A única forma de evitar que tais desproporcionalidades aumentassem seria elevar seletivamente o investimento nos ramos produtivos que respondiam pelo aumento da demanda provocado pelo nova estrutura de distribuição de renda.

No entanto, o nível de investimento permaneceu muito baixo, tanto em 1985 como em 1986. A formação bruta de capital fixo atingiu seu nível mais baixo em 1984, elevando-se ligeiramente em 1985. A relação FBKF/PIB, foi de 18,1% em 1984 e passou para 19,8% em 1985, não recuperando, portanto o patamar existente em 1982 (23,0%) (ver tabela II.8). Quanto aos investimentos propriamente ditos, sua participação no PIB caiu continuamente, atingindo em 1985 o nível mais baixo desde 1970 (tabela II.26). Isso vem a demonstrar que, apesar de todo o esforço de recuperação observado em 1985, a política econômica da Nova República não conseguiu elevar o estado de confiança dos empresários o qual, segundo a teoria keynesiana convencional, é uma das condições básicas na determinação dos investimentos.

No plano das contas externas, Funaro obteve alguns progressos ainda em 1985. A renovação dos créditos de curto prazo até março de 1987, a troca de referência do patamar de juros - da prime-rate para a libor - que é sensivelmente menor (ver tabela II.20) - e a redução dos spreads e comissões bancárias foram êxitos conseguidos em paralelo a não aceitação do monitoramento da economia por parte do FMI. Mesmo assim, o Brasil continuou a transferir recursos reais para o exterior, dado que os ganhos obtidos indicavam apenas uma nova postura política do Brasil face aos credores internacionais.

Outra medida que demonstrou uma maior solidariedade redistributiva por parte da equipe de Funaro foi o pacote fiscal de novembro de 1985 que, através de tributação da riqueza financeira e de uma elevação do patamar de tributação sobre os lucros (especialmente dos estabelecimentos de grande porte) procurou criar recursos adicionais para reduzir o déficit público. Além destas medidas outras foram arroladas com este objetivo, cabendo destacar:

- redução do patrimônio governamental através da venda de algumas empresas estatais;

- redução dos encargos da dívida pública mediante uma diminuição dos juros internos;

- aumento das tarifas e preços administrados pelo Governo, tendo em vista reduzir o prejuízo operacional e recompor a rentabilidade de alguns serviços de utilidade pública que necessitavam, constantemente, de meios adicionais de financiamento.

Apesar dos esforços acima mencionados, a aceleração inflacionária continuou a ser o grande fantasma dos ministérios econômicos. A elevação da carga tributária do setor financeiro exercia pressões na contra-mão sobre o processo de redução dos juros, da mesma forma que a recomposição dos preços administrados ao seu nível real não poderia deixar de acelerar a inflação. Diante destas evidências, não restava outra alternativa senão atacar frontalmente os mecanismos que contribuíam para a elevação dos preços.

#### II.4.1 - O Plano Cruzado

Compreender as medidas econômicas tomadas pelo Governo em 28 de fevereiro de 1986 requer uma discussão prévia sobre a natureza e a interpretação dos processos inflacionários vividos em alguns países subdesenvolvidos e em vias de desenvolvimento nos anos oitenta:

Países como a Argentina, Israel e Brasil, que na crise econômica tiveram que ajustar suas economias às exigências dos credores internacionais, viviam um grande dilema. De um lado, tinham criado historicamente mecanismos de indexação (dos ativos financeiros, dos salários e de alguns preços) que contribuíam para trazer para o presente a inflação passada. De outro, as estratégias recessivas de combate à inflação só eram utilizadas com relação ao setor doméstico, pois uma parte importante da economia tinha que continuar aquecida, tendo em vista alimentar a transferência real de recursos ao exterior, a título de pagamento dos juros e encargos da dívida externa, através da produção de elevados e constantes superávits comerciais.

Nessa perspectiva, os governos não só tinham que manter uma política de sobrevalorização cambial, como também elevar a relação câmbio/salários, tendo em vista estimular e manter a competitividade internacional das exportações. Ao mesmo tempo, mantinham acesa a chama das atividades industriais do Estado (enquanto insumos para produção voltada para fora) e os mecanismos de crédito ao setor exportador, o que estimulava a expansão da dívida pública e os aumentos das tarifas governamentais; ambos fatores de propagação inflacionária. A administração da dívida externa também pressionava a emissão de títulos públicos e conseqüentemente a inflação, dada a necessidade de captação de recursos internos para a rolagem da dívida.

Portanto, além do fator inercial; nome que os economistas passaram a dar ao repasse da inflação passada para o presente através do processo de indexação; existiam mecanismos estruturais de recrudesimento inflacionário, os quais só poderiam ser resolvidos através de intervenções profundas nas atividades produtivas, no setor financeiro, nos mecanismos redistributivos (salários, lucros e tributos) e na redefinição do papel do Estado.

Detendo ou não consciência desse fato, alguns governos nacionais resolveram atacar os fatores "cosméticos" dos determinantes da inflação, ou seja, seu comportamento inercial, o que equivalia a "engessar" (32) temporariamente os mecanismos de

propagação dos aumentos de preços. Assumia-se, em alguns casos, que os fatores estruturais seriam tratados satisfatoriamente com tempo, mas, antes de tudo, era necessário desindexar a economia, para posteriormente fazer as reformas necessárias. Assim aconteceu em Israel, na Argentina e posteriormente no Brasil.

Desde meados de outubro de 1985, as autoridades governamentais e os economistas no Brasil especulavam sobre a forma e o momento adequado para iniciar o processo de desindexação. A opção foi claramente se delineando no sentido de combatê-la de forma drástica, através de um "choque heterodoxo". Em outras palavras, isto consistia em aplicar um congelamento generalizado aos preços e salários (excetuando-se a taxa de juros), sem alterar a participação dos agentes produtivos na distribuição da renda. O congelamento foi feito em 28 de fevereiro de 1986, justamente ao final do mês em que a inflação encontrava-se mais alta (o índice geral de preços - IGP - chegou a 22,4%). Utilizou-se um critério onde salários e preços foram corrigidos pela média da inflação decorrida desde o último reajuste, acarretando em queda real de rendimentos, momentaneamente, para alguns segmentos assalariados e empresariais. Mesmo assim, muitos preços foram congelados em patamares distintos quanto ao processo interno de desgaste inflacionário, o que implicava na necessidade de ajustes contínuos nos preços defasados, como forma de evitar o efeito represamento.

O cruzado, a nova moeda nacional, equivalia 1000 cruzeiros em 28 de fevereiro de 1986; mas como era uma moeda indexada, a cada dia o cruzado valia mais cruzeiros, de acordo com uma tabela de conversão baseada nas expectativas inflacionárias do Governo, com base no comportamento do cruzeiro.

Quanto aos ativos indexados, as ORTN's - principal fonte de indexação de muitos ativos - foram transformadas em OTN's; títulos desindexados que pagariam apenas os juros de mercado, agora liberados. As dívidas futuras, na medida em que embutiam uma correção monetária esperada, foram submetidas a tabela de conversão que reduzia o valor nominal dos pagamentos após cada mês, a partir da transformação do cruzeiro em cruzado.

Os efeitos da nova política sobre os preços foram bastante positivos. De março a outubro de 1986 não houve nenhum mês onde a inflação superasse os 2,0%. Tanto em março como em abril, o IGP registrou pequenas deflações de 1,0% e 0,58, respectivamente. No entanto, as revisões periódicas prometidas nas tabelas de congelamento não foram cumpridas, o que transformou boa parte do esforço de congelamento em represamento de preços e estrangulamento de custos, por parte das empresas. Sem poder aumentar os preços, muitas destas retiravam seus produtos do mercado, o que criou sucessivas crises de desabastecimento de vários insumos e gêneros de primeira necessidade. Ao mesmo tempo, os órgãos de controle e administração de preços (CIP, SUNAB e SEAP) detinham muito pouca

informação sobre a estrutura de custos das empresas, o que os impedia de tomar decisões rápidas sobre os aumentos de preços solicitados por várias empresas nos distintos ramos da produção e dos serviços.

Apesar do esforço das autoridades do Ministério da Fazenda em proceder a uma profunda revisão dos preços em junho de 1986, o êxito e a popularidade do Plano Cruzado levaram Sarney e boa parte da classe política a utilizá-lo como a principal estratégia eleitoral para o pleito dos Governadores, bem como dos deputados e senadores que, eleitos em 15 de novembro, iriam compor a Assembléia Nacional Constituinte.

Assim, o congelamento dos preços transformou-se numa camisa de força onde reinava o desabastecimento. O governo passou a ter que importar grande quantidade dos insumos e gêneros alimentícios que desapareceram do mercado interno, o que não só representou uma ruptura com a política externa traçada desde 1983/1984, baseada no controle das importações, como também reduziu as reservas cambiais e as possibilidades de repetir os superávits comerciais dos dois anos anteriores. O saldo da Balança Comercial caiu de US\$ 12,0 para US\$ 9,7 bilhões, em decorrência do aumento das importações oriundas do desabastecimento e da redução das exportações derivadas do aquecimento do mercado interno (tabela II.11).

Com todas essas pressões, uma semana após a explosiva vitória eleitoral do partido do Governo (PMDB) nas eleições de novembro, houve uma série de reajustamentos de preços. A inflação de novembro passa para 2,5%; a de dezembro para 7,6%.

No que diz respeito ao quadro social, aos salários e ao emprego, vale destacar que a redução da inflação entre março e outubro de 1986 foi o principal elemento que corroborou com uma elevação dos salários médios reais. Nesse período, o salário médio dos empregados na Região Metropolitana de São Paulo subiu 24% e entre março de 1986 e março de 1987 tal elevação foi de 6,9%. Além disso, o congelamento dos aluguéis e das prestações da casa própria, bem como a redução do imposto de renda na fonte foram outros fatores que aumentaram a massa real de recursos disponíveis nas mãos dos assalariados.

Na ausência de mecanismos de remuneração dos rendimentos (as cadernetas de poupança deixaram de remunerar satisfatoriamente em função do retorno da trimestralidade dos rendimentos e das baixas taxas de inflação), os saques de poupança e de outros ativos do mercado financeiro aumentaram, tendo sido grande parte desses recursos voltados para o aumento do consumo dos assalariados. As alternativas de investimento passaram para os ativos reais, ou seja o mercado paralelo de dólares (a diferença entre o câmbio negro e o oficial superou os 60% no período), ouro e estoques de mercadorias.

Ainda com relação aos salários, vale dizer que a instituição da escala móvel com gatilho salarial a partir do

momento em que a inflação atingia os 20% foi outra inovação de importância. Enquanto as taxas de inflação situavam-se em patamares baixos, esse mecanismo constituía-se numa boa defesa dos salários dos trabalhadores.

Apesar dos êxitos e fracassos que podem eventualmente ser atribuídos ao plano cruzado, cumpre destacar o mérito de tentar inovar nos mecanismos convencionais de combate a inflação. No entanto, não se avançou senão na fase cosmética da estratégia. O combate às causas estruturais da inflação, mencionadas no início desta parte, não foi, sequer, iniciado. Portanto, logo surgiram, por cima da maquiagem desfeita pelo tempo, as rugas estruturais de nossa inflação que encontram na especulação financeira, na rigidez do processo redistributivo, na desproporcionalidade dos setores produtivos e no comportamento do Estado quanto a hierarquização de suas prioridades, suas principais causas. Estes problemas ressurgem com toda a força em 1987, como será visto posteriormente.

#### II.4.2 - As Receitas e os Gastos Sociais do Governo na Nova República

Um dos efeitos positivos da política econômica traçada em 1986 parece ter sido o retorno do controle governamental sobre a política monetária. A ausência de correção em dinheiro dos valores mobiliários e a vultosa queda dos patamares inflacionários possibilitou ao Governo reduzir o peso dos chamados haveres não monetários (indexados) no valor total dos haveres financeiros do país. Foi assim que os chamados haveres monetários ( papel moeda e depósitos a vista) aumentam sua participação de 13,9% para 28,2% no total dos haveres financeiros, entre 1985 e 1986, respectivamente (ver tabela II.24).

Com esse desempenho, era natural que o setor público reduzisse as pressões no mercado de crédito, a partir da diminuição do estoque da dívida pública, possibilitada pela monetização parcial de seus ativos financeiros e pelo alongamento do perfil daquela dívida (substituição de títulos com vencimento de curto prazo por títulos de vencimento de longo prazo). Com isso, a dívida pública que, em 1985, havia crescido 120,5% em termos reais, cresce apenas 4,8% em 1986 (tabela II.40). O déficit público, pelo conceito operacional, cai de 4,3% para 2,9% do PIB entre estes dois anos (tabela II.42).

Ao mesmo tempo em que a queda da inflação possibilitou sensível redução das taxas de crescimento do endividamento público, a recuperação da atividade econômica propiciou forte crescimento da arrecadação tributária federal. A receita tributária total da União (impostos + taxas) cresceu 27,7% e 22,0% em 1985 e 1986, respectivamente (tabela II.43). Tal crescimento foi resultado tanto do crescimento da renda como do crescimento do consumo.

Sabe-se, no entanto, que a estrutura tributária brasileira detém nos chamados impostos indiretos a maior fatia de sua arrecadação fiscal. Portanto, é de se esperar que o efeito da arrecadação sobre o consumo tenha sido mais forte do que sobre a renda. Isto porque, ainda que o aumento da renda, visto anteriormente, tenha tido fortes efeitos no aumento do consumo, a queda da rentabilidade dos ativos financeiros possibilitou que grande parte dos saques das cadernetas de poupança dos assalariados tenha sido canalizada para o consumo. Nessa desenfreada onda consumista, a arrecadação de impostos sobre o consumo cresceu enormemente, possibilitando folgas de caixa no tesouro suficientes para provocar uma grande elevação dos gastos governamentais.

Entre 1985 e 1986, os gastos do Tesouro cresceram em termos reais 9,6% e 87,4%, respectivamente. Neste particular, destaca-se a evolução dos gastos sociais que, após três anos de queda ininterrupta, cresceram 32,4% e 30,6% naqueles dois anos, respectivamente (tabela II.45). Vários fatores podem ser arrolados como responsáveis pelo maior crescimento dos gastos sociais:

- a) - Facilidades de caixa;
- b) - Compromissos em gastar mais com o social;
- c) - Início de Reformas Estruturais nos Sistemas Governamentais de Prestação de Serviços no Campo Social;
- d) - Clientelismo político-eleitoral.

A esse crescimento dos recursos a disposição do tesouro (impostos e taxas), correspondeu, também, um crescimento dos chamados Fundos Sociais. As receitas do Fundo de Previdência e Assistência Social (FPAS), depois de uma forte queda, chegaram em 1984 a um patamar inferior ao de 1977. Em 1985 e 1986 elas cresceram 8,2% e 19,2%, chegando a níveis reais somente inferiores aos de 1982, quando o Governo aumentou as alíquotas das contribuições compulsórias da Previdência, incidentes sobre os salários e remunerações de autônomos e sobre a folha de salários das empresas, além de criar uma contribuição de 3% sobre os benefícios de aposentados e pensionistas.

O crescimento dos recursos arrecadados pelo FPAS foi, antes de tudo, uma decorrência do aumento do nível de emprego e dos salários reais nestes dois anos de Nova República, embora algumas medidas de fiscalização e de melhoria de eficiência do recolhimento tenham auxiliado nesse sentido. Fenômeno semelhante de crescimento de recursos para os Fundos Sociais foi o ocorrido com o FINSOCIAL, onde a receita real cresceu 16,8% e 31,8% naqueles dois anos (tabela II.47). Porém, tal crescimento não correspondeu a uma elevação dos recursos deste Fundo postos a disposição do BNDES para tal fim, dado que uma parcela cada vez maior deles foi jogada nos recursos orçamentários vinculados dos Ministérios da Área Social.

Portanto, a elevação conjunta dos recursos do Tesouro e

dos Fundos sociais possibilitou forte expansão dos gastos do Governo com programas sociais. Depois de cair para US\$ 17,7 bilhões em 1984 (seu nível mais baixo), o gasto social federal no Brasil passou para US\$ 20,8 e US\$ 24,0 em 1985 e 1986, respectivamente (tabela II.46). Com isto, o gasto social per-capita evolui de US\$ 134,96 (1984) para US\$ 174,06 (1986), embora não tenha ainda chegado aos US\$ 194,40 de 1982, o qual foi fruto, em grande medida, da forte elevação dos recursos do FPAS (tabela II.48-A).

Cabe destacar, no entanto, que apesar do forte crescimento dos recursos, nem todos os Fundos Sociais aumentaram seus gastos na mesma proporção. Alguns Fundos como o FAS, tiveram queda em seus gastos mesmo em 1985, só voltando a aumentá-los em 1986. No caso do FINSOCIAL, os recursos postos a disposição do BNDES para aplicações não vinculadas caem continuamente, como pode ser visto na tabela II.49. O mesmo pode ser dito com relação aos recursos do BNH que, com sua extinção em 1986, pode ter tido uma interrupção dos fluxos de financiamento aos programas de habitação e saneamento, agora à cargo da Caixa Econômica Federal (tabela II.49).

Os programas sociais que tiveram maior crescimento relativo das aplicações Federais de Recursos nestes dois anos foram Alimentação e Nutrição; Trabalho e Educação e Cultura. Outros Programas (Saúde e Assistência e Previdência) tiveram crescimento inferior à média de incremento do gasto social e outros ainda (saneamento e meio-ambiente e habitação e urbanismo) tiveram decréscimo real de recursos (ver tabela II.48).

Quanto ao desempenho do setor público nos Estados e Municípios cabe, antes de tudo, tecer dois comentários:

a) - Com a Reforma Tributária de 1967, estas esferas perderam forte capacidade própria de arrecadação, pela centralização de uma percentagem mais elevada da massa de recursos fiscais nas mãos da União;

b) - Com isso, aumentou a dependência financeira destas esferas com relação a União, dado que muitos Estados e Municípios passaram a deter nos Fundos de Participação dos Estados e Municípios suas principais fontes de receita;

c) - Os Estados passaram, cada vez mais a depender das transferências negociadas (inclusive de Fundos Sociais Federais) e da expansão da dívida pública de seus governos para sobreviver e operar seus programas e investimentos (ver tabela II.44);

d) - Dessa forma ocorreu não só um maior endividamento dessas esferas, mas também perda de capacidade de operar programas sociais, muitos dos quais são sabidamente de competência local.

A partir da recuperação econômica que vem desde fins de 1984, as receitas estaduais começaram a sofrer alguma melhora.

Para se ter uma idéia, a arrecadação de ICM, que pode ser usada como "proxy" das receitas dos Estados, cresceu 18,7% em 1985 e 29,4% em 1986 (tabela II.44). Esta recuperação, associada às tendências de aumento das transferências federais vinculadas ou não a estas esferas pode ter revertido a queda das despesas sociais dos Estados demonstrada no item II.3.4 deste capítulo; pelo menos para 1985 e 1986, dado que as perspectivas para 1987 não eram muito promissoras.

Feitas estas considerações, pode-se dizer que entre 1979 e 1984, os gastos sociais das esferas estaduais e municipais sofreram uma ligeira contração, o que pode ser observado pelas tabelas 4.50 e 4.51 do anexo estatístico relativo ao capítulo II. No caso dos gastos sociais estaduais essa redução real, em termos agregados foi de 0,8% ao ano no período. Os programas de saneamento e meio ambiente, habitação e urbanismo, cultura e desportos e educação foram os que apresentaram as maiores quedas, conforme evidenciam as tabelas citadas.

## II.5 - A ECONOMIA BRASILEIRA EM 1987

Terminadas as eleições de novembro, com a esmagadora vitória do partido do Governo, decorrente da popularidade do Presidente Sarney e do Plano Cruzado, a situação econômica do país não era das melhores. A crise de desabastecimento, provocada pela repulsa dos empresários ao congelamento de preços do Governo, tinha propiciado um aumento muito grande de importações e uma relativa perda de reservas cambiais. Os superávits comerciais haviam se reduzido aos seus menores valores nos últimos 3 anos. As pressões sobre o déficit público começam a aumentar pelo aumento de custos das estatais e pela impossibilidade de aumentar as tarifas públicas.

Os recursos para o investimento, tanto públicos como privados, não eram suficientes para trazer perspectivas favoráveis à continuidade do crescimento. A maior parte da recuperação econômica tinha sido feita com base na ocupação da capacidade ociosa existente. Os níveis de investimento nunca haviam sido tão baixos. Entre 1982 e 1985, os investimentos como porcentagem do PIB caem de 21,2% para 16,3% (tabela II.26). Apesar na pequena melhoria sentida em 1986, os níveis de inversão permaneciam ameaçadores.

Em julho de 1986, em meio a uma série de medidas, são criados dois empréstimos compulsórios (sobre álcool e gasolina e sobre automóveis); bem como uma taxa sobre viagens ao exterior (embutida no preço das passagens e do dólar-turismo), tendo em vista formar um Fundo de 70 bilhões de cruzados para financiar os investimentos públicos necessários a garantir infra-estrutura e dar continuidade ao desenvolvimento. Para tal seria estabelecido o Plano de Metas, que arrolaria as prioridades nesse campo. Este Fundo (Fundo Nacional de Desenvolvimento - FND), até novembro de 1986 não tinha ainda definido como aplicar os recursos

recolhidos. Boa parte dele foi utilizada para cobrir déficits governamentais obtidos no período, em função dos efeitos do congelamento sobre as tarifas públicas e sobre a arrecadação tributária.

A gravidade da situação fez com que em 21 de novembro; uma semana depois das eleições, o Governo tomasse uma série de providências, apelidadas de "Cruzado II", dentre as quais cabe destacar:

a) - descongelamento dos preços de alguns bens privados (especialmente os de grande peso na arrecadação de impostos) e tarifas públicas, como gasolina e álcool (60% de aumento), automóveis (80% de aumento), correios, energia elétrica e telefone ( de 35% a 60%), açúcar, remédios, bebidas e cigarros;

b) - extinção do BNH e transferência de suas atribuições para a CEF;

c) - possibilidade de dedução das despesas de PIS/PASEP para os setores exportadores;

d) - desvinculação da remuneração da poupança da variação da OTN. Os juros da poupança passariam a ser regidos pela variação da LBC;

Esperava-se com estas medidas, além de estimular a poupança e a exportação, gerar 175 bilhões de cruzados adicionais. No entanto, o impacto real das medidas foi o aumento da inflação, que em janeiro de 1987 já atingia a casa dos dois dígitos e em maio chegou a 27,7%. Ao mesmo tempo, mecanismos como o gatilho salarial deixavam de proteger os salários e se tornavam instrumentos de limitação. Os níveis de emprego começam a cair desde abril de 1987, o mesmo acontecendo com o crescimento da indústria.

A enxovalhada de críticas que começa a cair sobre o Governo obriga-o a mudar o Ministério Econômico. Primeiramente, com a demissão de João Sayad e sua substituição por Aníbal Teixeira na pasta do Planejamento. Posteriormente (maio), com a própria troca de Dilson Funaro por Luis Carlos Bresser Pereira. O novo Ministério Econômico passou a centralizar na Fazenda as principais funções de comando, enquanto que o Planejamento passou a ser quase um Ministério Social.

## II.5.1 - Inflação e Salários

O ano de 1987 foi marcado, desde janeiro, pela explosão das taxas inflacionárias decorrente das medidas de ajuste de preços, tarifas e outras, ligadas ao setor financeiro, no bojo do chamado "Cruzado II".

A retomada do crescimento inflacionário em 1987 foi

fruto da continuidade do processo de descongelamento de preços iniciado em 21 de novembro de 1986. As medidas destinadas a angariar novas receitas governamentais acabaram por se refletir no aumento dos preços, justamente num momento em que a economia já amargava uma forte inflação reprimida, o que pode ser indicado pela escassez reinante no mercado de bens de consumo. O intento de cobrir parte desta escassez com importações, aliado ao prolongado congelamento da taxa de câmbio contribuiu em grande medida para a queda dos saldos comerciais e para o esgotamento das reservas em moeda estrangeira.

A tabela II.52, do anexo, mostra a evolução comparativa das taxas mensais de inflação nos anos de 1986 e 1987. Observa-se, através da evolução do IGP/DI, que as taxas anualizadas (em 12 meses) de inflação apresentavam-se declinantes desde fevereiro de 1986, por ocasião do congelamento dos preços e salários determinado pelo Plano Cruzado. A partir de fevereiro de 1987, elas recobriram seu movimento ascendente, superando os 400% ao final do ano.

Em termos mensais, no entanto, nota-se que o movimento ascendente inicia-se já em novembro de 1986, quando a taxa de inflação passa para 7,6% em dezembro, 12% em janeiro e 14,1% em fevereiro de 1987. O novo ritmo desenfreado de crescimento das taxas de inflação foi um dos principais motivos da derrubada do ex-Ministro da Fazenda Dilson Funaro. Em abril a inflação alcançou os 20,1%. Em 29 de abril tomou posse o novo Ministro Luiz Carlos Bresser Pereira. Em seu discurso, Bresser estabeleceu as seguintes metas para sua gestão:

- Superavit comercial de US\$ 9 bilhões;
- Crescimento do PIB de 3% em 1987 e de 6% a 7% no ano seguinte;
- Reestruturar as negociações da dívida externa, convertendo parte dela em investimento;
- aumentar a taxa de câmbio em patamares realistas;
- reduzir a taxa de juros, tendo em vista estimular o investimento produtivo real;
- Manter o gatilho salarial;
- Realizar uma reforma tributária que corrija as injustiças fiscais e gere mais recursos para o Governo, preservando o poder de compra da classe média.

No campo específico do controle de preços, Bresser propunha:

- Tornar a ação do Estado reguladora da Economia, e não violentadora do mercado;
- Controlar os preços somente nos setores monopolistas;
- Rever critérios de indexação e ajustamento dos preços.

Mesmo com essas intenções, a inflação seguiu em altos patamares nos dois primeiros meses da gestão Bresser. Seu ponto

mais alto foi obtido em maio, quando alcançou o recorde mensal de 27,7%. Em junho ela permaneceu igualmente alta (25,9%). Esses dois meses, onde ocorreu uma paralização da ação normativa da equipe econômica do Governo, foram suficientes para aumentar o desânimo da população. Os boatos sobre um novo congelamento dos preços e salários fizeram com que a indústria e o comércio passassem a trabalhar com preços artificialmente elevados e descontos colossais no momento de aquisição das mercadorias. O país vivia o clima de uma grande "liquidação preventiva". Ao lado de tudo isso, o número de insolvências de empresas nos últimos 12 meses havia aumentado 1.562,2%.

No dia 12 de junho, é instaurado o chamado "Plano Bresser" que, contrariamente as intenções declaradas pelo Ministro em sua posse, extingue o gatilho salarial e congela salários e preços por 90 dias. Desde o início de 1987, a escalada inflacionária fazia com que o mecanismo do gatilho salarial instituído em março de 1986 com o Plano Cruzado começasse a disparar para todas as categorias profissionais. Em janeiro de 1987 é concedido o primeiro gatilho salarial para as categorias que não tinham tido reajuste nos meses de dezembro e janeiro. Os demais meses que se seguem foram uma sucessão de gatilhos salariais que, além de corroborarem com a espiral preços-salários, não evitaram o rebaixamento dos rendimentos dos distintos seguimentos assalariados.

Tal efeito de rebaixamento salarial ocorreu porque o gatilho só repunha até 20% de inflação em cada mês. O resíduo era acumulado para efeitos do próximo gatilho. Enquanto a inflação situava-se em patamares reduzidos a perda advinda desse mecanismo não era muito significativa. Porém, o aumento dos níveis mensais de inflação tornava cada vez maior a perda dos assalariados. Quando a inflação começou a superar os 20% ao mês, a perda com esse mecanismo passava a ser constante e acumulava-se a cada mês, até a data base do dissídio de cada categoria. Em 1987, isto ocorreu precisamente nos meses de abril, maio e junho, quando os salários reais chegaram aos seus níveis mais baixos. A extinção do gatilho salarial consagrou, dessa forma, a perda salarial que já se acumulava para algumas categorias nesses três últimos meses.

Como alternativa ao gatilho salarial, o Plano Bresser criou, com o funcionamento previsto para a fase de flexibilização de preços (pós-congelamento), uma nova regra para os reajustes de salários e preços, baseada em repasses mensais da variação trimestral do IPC. "De acordo com o dec-lei, os reajustes mensais seriam pré-fixados a cada três meses para os três meses subsequentes, com base na média geométrica da inflação registrada no trimestre anterior. A Unidade de Referência de Preços (URP), cujo valor nominal seria corrigido com a nova sistemática, balizaria os reajustes mensais fornecendo um teto para os preços e um piso para os salários" (33).

A tabela II.53 do anexo mostra que o salário médio real dos empregados formais (aqueles que detêm carteira de trabalho

assinada) na Região Metropolitana de São Paulo, depois do aumento verificado em 1985 e 1986, começa a declinar fortemente desde fevereiro de 1987, atingindo seu ponto mais baixo em julho; mês onde deixaram de ser pagos os gatilhos salariais.

Embora tenha congelado os preços, o Plano Bresser propiciou uma razoável folga para o comércio de bens e serviços, na medida em que os preços praticados eram muito inferiores aos congelados. Por outro lado, o Plano Bresser aumentou os preços das tarifas públicas, que, segundo o Governo, estavam altamente defasadas diante do largo aumento dos preços ocorridos nos últimos seis meses.

A escalada inflacionária e a conseqüente queda real dos salários começavam a ameaçar os ramos produtivos mais dinâmicos da economia. Na indústria automobilística, por exemplo, apesar da gradual extinção do empréstimo compulsório para automóveis novos e usados, ocorrida em maio e junho de 1987 (34), não se conseguiu evitar a continuidade na queda das vendas no mercado interno que, nos primeiros cinco meses do ano foram 36% inferiores as verificadas no mesmo período de 1986. A ameaça das demissões (35) e a constante grita do setor automobilístico em aumentar preços e reduzir impostos colocavam o governo em situação pouco confortável.

Além de tudo, era intenção declarada do Governo (em pronunciamento do próprio Presidente José Sarney), que fossem cortados os subsídios ao trigo, congelados os aluguéis por 90 dias e que fossem cortados os gastos públicos, em especial com a construção da ferrovia norte-sul, dos polos petroquímicos do RGS e do RJ, além da redução em 60% nos programas siderúrgico do Maranhão e das Usinas de Itaipú e Angra II. Pode-se dizer, com clareza, que até janeiro de 1988 as manifestações reais de corte destes componentes do gasto público foram muito tímidas.

Todos esses fatores combinados foram os principais ingredientes que resultaram no relativo fracasso do plano Bresser. Como pode ser observado na tabela II.52, a inflação em julho, agosto e setembro não foi tão baixa como previa o Governo, que havia fixado o limite ideal de 4% para estes três meses. Já no dia 10 de agosto foram autorizados aumentos de emergência de 10% nos eletrodomésticos e nas tarifas de ônibus. Em outubro a inflação retornou para a casa dos dois dígitos.

A partir de agosto, as tendências demonstraram um ligeira recuperação salarial, provavelmente em função do congelamento parcial de alguns preços, numa conjuntura onde os setores econômicos de maior produtividade continuaram a repor as perdas salariais anteriores. Foi também em agosto que o governo instituiu o "menor salário de referência" e passou a chamar o salário mínimo de "piso nacional de salários". O "menor salário de referência" passou a ter seu valor nominal relativamente congelado e seu valor real, portanto, declinante. Os trabalhadores já empregados que ganhavam salário mínimo, passariam a ter seus reajustes vinculados ao piso nacional de

salários. Este elevou-se de Cz 2.230,00 para Cz 4.500,00, em termos nominais, entre agosto de 1987 e janeiro de 1988, possibilitando, pelo menos nos meses de agosto e setembro, uma pequena variação real positiva.

Apesar de válida para os meses de agosto e setembro, tal tendência não permaneceu em outubro, onde é possível observar uma queda no salário real dos assalariados formais de 2,46%, entre setembro e outubro de 1987 e de 21,31% entre outubro de 1986 e outubro de 1987.

Com a intensificação do ritmo inflacionário foi impossível impedir a explosão dos aumentos salariais a partir de outubro/novembro, em ritmo superior as URP's fixadas pelo Governo. O setor público e, particularmente as empresas estatais, a começar pelo Banco do Brasil que se rebelou contra o congelamento dos salários, foram os primeiros a romper o cerco. Os aumentos salariais oscilaram entre 40% e 110%, quando deveriam se fixar, no máximo, entre 12% e 14,8%, de acordo com os mecanismos instituídos que repunham a perda acumulada desde o plano Bresser. Tais aumentos representavam um acréscimo no gasto governamental de cerca de 60 bilhões de cruzados no ano (0,5% do PIB). Tornava-se cada vez mais difícil para o Governo fechar suas contas sem amargar um substancial déficit público.

A retomada da espiral preços-salários fez com que os empresários voltassem a reajustar seus preços a revelia dos mecanismos de controle governamentais. Para exemplificar, mesmo com a promessa governamental de reduzir a carga tributária dos automóveis que chegava a 72% do preço de venda, o presidente da Autolatina - a maior holding das montadoras do país, Wolfgang Sauer, aumentou a revelia do Governo, os preços dos automóveis da linha Ford e Volkswagen em 28%. Apesar das ameaças punitivas do Governo, o Supremo Tribunal Federal de Recursos concedeu uma liminar dando ganho de causa a Autolatina, com a justificativa de que o Governo não cumpriu o protocolo de intenções assinado com a holding na gestão Funaro.

O descontrole dos preços aliado a dificuldade de reduzir o gasto público levaram o Ministro Bresser Pereira a sua última cartada: uma Reforma Tributária de emergência que pudesse, de imediato aliviar as contas do Governo, através de um maior ingresso de recursos oriundos de uma política fiscal mais redistributiva. Mais a ausência de credibilidade e os compromissos de certos segmentos do Governo não permitiram sequer, o início desse último "round". Luiz Carlos Bresser Pereira pede demissão em meio a uma inflação recorde de 415,8%, segundo dados da Fundação Getúlio Vargas (IGP-DI).

A tabela II.54 indica que a diferença entre a inflação medida pelo IGP/DI (36) e pelo IPC (37), apesar de pequena no ano de 1986, foi bastante elevada em 1987. Decompondo-se o IGP, verifica-se que a variação do ICV/RJ, que detém peso 3 na composição do índice, obteve a variação acumulada em 1987 de 432,3%. apresentando, estranhamente, uma diferença ainda maior

com relação ao IPC. Estas diferenças criam dificuldades e incerteza quando se trata de inflacionar e deflacionar valores. Se as taxas de inflação são muito altas, as consequências advindas da escolha de qualquer desses índices pode trazer efeitos indevidos nas séries temporais.

## II.5.2 - Evolução da Massa de Rendimentos e da Massa Salarial

A variação da massa salarial, entendida como a soma dos salários recebidos por todos ocupados, é um bom indicador de desempenho da economia, em particular daqueles setores que produzem para o mercado interno de bens e serviços. No caso da Previdência Social, por exemplo, a massa salarial dos trabalhadores formais, constitui, provavelmente o indicador mais explicativo das variações de receita com a atual estrutura previdenciária. Já a massa de rendimentos, relacionada a totalidade dos ocupados, tanto do mercado formal como informal, pode dar sinais sobre a evolução da receita previdenciária, os quais são mais representativos quanto maior é a magnitude do mercado de trabalho formal (ou o grau de "formalização da força de trabalho") da Região considerada.

A tabela II.55, em anexo, mostra o índice de evolução da massa de rendimentos dos ocupados na Região Metropolitana de São Paulo na conjuntura recente, segundo dados da Pesquisa Mensal de Emprego (PME) do IBGE:

Através dela, depreende-se que, após seis meses de relativa estabilidade, o indicador da massa salarial da Região Metropolitana de São Paulo começa a crescer no segundo semestre de 1985. Tal crescimento se mantém ao longo de quase todo o ano de 1986, em virtude, provavelmente, dos ganhos salariais reais propiciados pela estratégia de congelamento de preços utilizada no Plano Cruzado.

Com o fim do congelamento, a partir do advento do "Cruzado II", os preços retomam seu curso ascendente, tendo reflexos reais na queda dos salários médios, na massa salarial e nos rendimentos. Os dados da tabela II.55 não refletem nos meses de novembro e dezembro este movimento, apesar dele ser real. Isto ocorre porque os meses de novembro, dezembro e janeiro são atípicos para o estudo da renda pois refletem variações sazonais nesta variável decorrentes do pagamento do 13o. salário e de abono de férias (no caso dos empregados), aumento no volume geral dos ocupados, etc.

Assim, a partir do primeiro semestre de 1987 verifica-se forte contração dos rendimentos reais dos ocupados, que sofreram uma queda de 23% entre fevereiro e julho de 1987, na Região Metropolitana de São Paulo. A política econômica do ex-ministro Luis Carlos Bresser Pereira contribuiu para um achatamento real dos salários, propiciando a referida queda. No entanto, os meses de agosto e setembro indicam um efêmero

crescimento deste indicador, dado que a partir de outubro retorna a tendência à queda da massa de rendimentos dos ocupados.

Os dados de massa de rendimentos da Pesquisa de Emprego e Desemprego (PED), realizada pela Fundação SEADE, em convênio com o DIEESE e a UNICAMP, apresentam-se um pouco distintos dos observados pela PME (38). A tabela II.56 mostra a evolução recente da massa de rendimentos na Região Metropolitana de São Paulo, segundo os dados da PED.

Excluindo-se os meses de dezembro dos respectivos anos, em função da sazonalidade, observa-se que o comportamento da massa de rendimentos nos anos recentes foi crescente no primeiro semestre de 1985, relativamente estável no segundo semestre de 1985 e no primeiro de 1986, novamente crescente no segundo semestre de 1986 e declinante ao longo de 1987. Os períodos de crescimento correspondem a euforia da mudança de Governo (1o. semestre de 1985) e ao auge do congelamento de preços do Plano Cruzado. A queda da massa salarial verificada a partir de 1987, corresponde à explosão inflacionária pós novembro de 1986, às medidas tomadas pelo "cruzado-II" e, finalmente, ao chamado "plano Bresser".

Vale destacar, ainda, que a partir de junho de 1987, a massa de rendimentos retorna a patamares inferiores aos verificados em 1985, representando, portanto, um poderoso corte nas possibilidades de expansão do consumo ou da poupança dos assalariados.

Ainda que os dados de massa salarial da PED sejam distintos dos da PME, em função de diferenças de metodologia (desenho e tamanho da amostra, forma de apresentação dos resultados, etc.) observa-se que o comportamento de tendência entre os dois índices é bastante similar; especialmente no que se refere a 1987. No entanto, quando se compara a magnitude dos valores encontrados nas duas pesquisas para 1985 e 1987, verifica-se que a massa salarial dos últimos meses obtidos em 1987 é, na PED, inferior aos mesmos meses de 1985.

As informações sobre massa salarial, como foi visto, devem ser relativas ao conjunto dos empregados formais. Isto pode ser fornecido de forma setorial ou global. As estatísticas da FIESP, por exemplo, fornecem indicadores sobre comportamento da massa salarial na indústria paulista. Este indicador demonstra um crescimento negativo para todos os meses registrados de 1987, como pode ser visto na tabela II.57 do anexo.

Para exemplificar, entre agosto de 1987 e agosto de 1986, a massa salarial dos empregados na indústria paulista caiu 13,7%. Entre agosto e junho de 1987 essa queda foi de 7,8% e desde o início do plano de estabilização (Plano Cruzado) até agosto de 1987, já se acumulava uma queda da massa salarial dos empregados na indústria paulista de 14,2%

Dados da PME, relativos à Região Metropolitana de São

Paulo mostram a evolução da massa salarial dos empregados com carteira assinada.

Pela tabela II.58, verifica-se que, ao longo de 1985, o rendimento dos assalariados com carteira teve um comportamento similar ao dos ocupados (tabela II.54). Com o advento do Plano Cruzado, a elevação da massa salarial dos empregados foi inferior a dos ocupados em geral. Isso se deve ao fato de que, enquanto os empregados tiveram seus salários estáveis durante os 9 meses mais intensos do congelamento, o rendimento dos trabalhadores por conta-própria aumentou consideravelmente, fazendo com que, na média o rendimento dos ocupados se elevasse mais que o dos assalariados formais.

A partir de 1987, quando os rendimentos do trabalho começam a ter perdas reais, verificou-se movimento inverso, ou seja, a massa salarial dos ocupados caiu mais do que a dos empregados com carteira, demonstrando que a instabilidade das rendas dos trabalhadores autônomos é maior nos períodos de crise.

A tabela II.58 mostra, por outro lado, que desde janeiro a massa salarial dos empregados com carteira de trabalho assinada na Região Metropolitana de São Paulo tem sofrido uma queda sistemática entre janeiro e julho de 1987. Nos meses de agosto e setembro verifica-se um ligeiro aumento da massa de rendimentos, dos assalariados, o que pode ser explicado:

a) Por uma queda dos níveis de desemprego naquela Região (ver tabela II.61);

b) Por um aumento dos salários nos ramos mais dinâmicos do setor privado da economia, que burlaram na prática o congelamento de 90 dias promulgado pelo Plano Bresser, associado a um relativo rebaixamento do crescimento inflacionário.

Em outubro, porém, quando se inicia o processo de descongelamento, verifica-se uma certa estagnação (ou até mesmo um pequeno decréscimo) da massa salarial dos empregados formais na Região Metropolitana de São Paulo. Esta era, neste mês, cerca de 21% inferior ao valor encontrado em outubro de 1986, em termos reais.

Os meses de novembro e dezembro, por refletirem variações sazonais no emprego e no valor dos salários, não são bons indicadores da evolução da massa salarial. De qualquer forma espera-se que nesses meses, a explosão dos reajustes salariais puxados pelo setor público traga um certo crescimento da massa salarial além da mera influência sazonal.

### II.5.3 - Produto e Emprego

A indústria de transformação em 1987 caracterizou-se por uma constante desaceleração em suas taxas de crescimento.

Para confirmar essa tendência, basta observar o indicador de produção física do IBGE. Entre janeiro e junho, este indicador apresentava um crescimento em torno de 8,3%. No entanto, o acumulado janeiro-agosto revela um crescimento de apenas 2,8%. Com isso, estima-se que no período janeiro-dezembro, o crescimento do produto industrial tenha sido próximo de zero.

As vendas da indústria de transformação cresceram no período janeiro-setembro de 1987 cerca de 172%, em termos nominais. Isto indica uma forte queda real do faturamento do setor, na medida em que a inflação do período situou-se acima de 270%, tanto no que diz respeito ao IGP quanto ao IPC. Há perspectivas de que tenha ocorrido queda do faturamento no período out-dez, o que pode ser observado pelo mau desempenho do comércio mesmo durante as festas natalinas.

Os principais fatores responsáveis pela desaceleração do crescimento da indústria no segundo semestre de 1987 estão relacionados ao baixo estado de confiança dos empresários quanto a política econômica do Governo. Tal instabilidade tem inibido as decisões empresariais quanto a expansão do investimento e da produção, numa conjuntura onde muitas indústrias operavam a plena capacidade.

Por outro lado, as restrições de renda dos assalariados, nos ramos de bens de consumo (duráveis e não duráveis), durante o período de congelamento do Plano Bresser retraíram as decisões de compra dos setores atacadistas e varejistas. No caso dos setores de bens duráveis de consumo, onde se verificou forte queda na produção de alguns eletrodomésticos, muitos atacadistas passaram a trabalhar com sistemas de venda sob consignação ou compra mediante encomenda.

No que diz respeito ao segmento industrial exportador, observou-se um relativo crescimento da demanda externa, fator que contribuiu para um maior superavit comercial, tendo evitado, com isso, um provável crescimento negativo da indústria. A contração das vendas do mercado doméstico, a isenção de taxas e impostos a diversos produtos importados e a redução de procedimentos burocráticos, por parte da CACEX, podem ser apontados como alguns dos fatores que influenciaram positivamente o comportamento do segmento exportador da indústria. Destaca-se, ainda, o bom desempenho das exportações de veículos automotores, embora a desvalorização cambial tenha sido apontada como insuficiente para a obtenção de uma maior rentabilidade das exportações pelos empresários do setor.

Em suma, o comportamento da indústria em 1987 parece ter sido aquém dos resultados obtidos no ano anterior. Logicamente que esse fato afetou negativamente o nível de emprego no setor.

O indicador de pessoal ocupado na indústria, produzido pela FIESP evidencia uma ligeira queda de 2,4%, concentrada nos meses de maio e julho. A tabela II.59 mostra, no entanto, que

desde fevereiro de 1987 tem ocorrido um suave decréscimo nos níveis de ocupação da indústria paulista. Assim, enquanto o emprego industrial em São Paulo cresceu 10,02% entre 1985 e 1986, em termos médios, observa-se um decréscimo deste mesmo indicador de 1,5% no período dez/86 - jul/87. Dados mais recentes da FIESP (39) revelam, no entanto, um comportamento positivo do emprego industrial paulista entre os meses setembro e novembro, embora a tendência a queda retorne fortemente em dezembro. Com isso, a indústria paulista, segundo a FIESP, fechou 1987 com 2,07 milhões de empregos industriais; valor ainda inferior aos 2,17 milhões registrados em 1980, numa conjuntura em que a população economicamente ativa era sensivelmente menor.

Quanto a Construção Civil, os indicadores disponíveis (40) evidenciam uma ligeira recuperação do nível de atividade no segundo semestre de 1987, após uma forte retração do setor ocorrida nos seis primeiros meses do ano. Os setores que puxaram essa pequena recuperação foram os de obras hidráulicas e edificações públicas. As perspectivas apontam estabilidade (após forte decréscimo no primeiro semestre) para as edificações privadas e vias de transporte.

Este melhor desempenho parece ter influenciado positivamente os níveis de desemprego do setor que aumentaram no primeiro semestre de 1987 e apresentaram-se declinantes no período julho-setembro deste ano.

A tabela II.59 mostra que entre abril e junho, a taxa de desemprego aberto na Construção Civil aumentou de 3,23% para 5,87%, declinando continuamente até setembro, quando chega a 4,24%. Apesar desta redução, evidencia-se um aumento do desemprego nesse setor em 1987, com relação ao ano anterior.

Mesmo assim, o forte desaquecimento do sub-setor edificações, aliado a pressão demográfica nas grandes metrópoles contribuiu para o aumento do déficit habitacional, especialmente para as camadas de mais baixa renda, onde as condições de financiamento tornaram-se mais difíceis desde o advento do Plano Cruzado, impulsionando o crescimento das favelas.

A recente mudança nas regras do financiamento habitacional, introduzidas em janeiro de 1988, consideradas isoladamente, poderão reverter as condições de acesso a moradia destes segmentos e aumentar o nível de atividade e de emprego do sub-setor edificações. Tudo depende, no entanto, de como se comportará o volume de ativos financeiros disponíveis para o setor. As indicações do período julho-setembro mostram que o volume de saques foi maior que os depósitos do sistema brasileiro de poupança e empréstimo.

A agricultura, ao que parece, foi o lado forte da economia em 1987. Há quem diga que o crescimento da safra daquele ano, embora não repita o fantástico crescimento de 1985, poderá situar-se muita acima dos resultados obtidos em 1986. Com isso, estima-se que o PIB da agricultura poderá ter um crescimento de

até 5% em 1987. Além disso, quatro dos principais produtos que compõe a cesta básica de alimentação do brasileiro (arroz, feijão, mandioca e milho) não trouxeram problemas pelo lado da oferta, o que indica que tais produtos não deverão ter aumentos reais de preços nos próximos meses. A atual safra, afora sua abundância, poderá ser em grande parte adquirida pelo Governo que poderia formar estoques estratégicos para efeitos de ter maior liberdade de influir, futuramente, na política de preços do setor.

Paralelamente, vale destacar que a adoção de uma boa política de preços mínimos e um adequado crédito rural poderiam interceder na obtenção de uma safra ainda maior em 1988. Quanto a esse ponto, vale dizer que o Ministro da Agricultura Iris Rezende, em julho de 1987, prorrogou em até quatro anos os débitos dos pequenos e miniprodutores; acabou com o subsídio ao crédito agrícola e instituiu correção monetária plena com juros de 7% a 9% para os novos empréstimos e fixou o orçamento da safra 87/88 em Cz 395,0 bilhões.

Quanto ao comércio, vale destacar que todos os indicadores disponíveis indicam forte queda com relação ao mesmo período do ano anterior. Para exemplificar, a variação das vendas no comércio varejista entre setembro de 86 e de 87 foi de -39,3% no Rio de Janeiro. Em setembro de 1986 foram feitas 578 mil consultas ao SPC do Rio de Janeiro, contra 492 mil observadas em setembro de 1987. Certamente, tal desaquecimento das vendas provocou decréscimo nos níveis de emprego do setor.

Um dos poucos setores que parece ter crescido em 1987 foi o financeiro. As elevadas taxas de juros e o rechaço dos empresários em realizar investimentos trouxeram perspectivas de boa rentabilidade para o setor. Vale destacar que no primeiro semestre de 1987 os dez maiores bancos comerciais do país conseguiram um lucro real de Cz 32,1 bilhões, o que foi superior ao lucro total do ano anterior, além de ter sido a maior rentabilidade do setor nos últimos cinco anos.

Como resultado líquido destas ocorrências, o nível de desemprego aberto aumentou em 1987 quando comparado com o de 1986.

A tabela II.61 mostra que as taxas de desemprego aberto em 1987, na Região Metropolitana de São Paulo, tiveram um comportamento altista, pelo menos até agosto, onde atingem o pico de 4,6%. Embora estes números não sejam tão elevados quanto os verificados no período de crise explícita (1982-1984), eles apresentam tendência inversa a verificada nos anos 1985 e 1986, onde a taxa de desemprego foi declinante. O último dado disponível revela que, apesar de ser um mês atípico, onde o nível de emprego aumenta em função de sazonalidades de fim de ano, o desemprego em novembro de 1987 é 33% superior ao do mesmo mês do ano anterior.

Com base nesse comportamento global do produto e do

emprego, é possível que o crescimento do PIB em 1987 seja um pouco inferior a 3%. Provavelmente, com a ausência de crescimento da indústria e da construção civil, o incremento estimado do PIB poderá decorrer do bom comportamento da agricultura e do setor financeiro, dado que o desempenho do comércio e dos demais serviços não foi satisfatório para influenciar positivamente o crescimento da economia brasileira no ano findo.

Vale destacar, porém que os níveis de investimento no país, estimados entre 17% e 18% do PIB em 1987, não garantem boas perspectivas de crescimento a médio prazo. Para efeitos de comparação, observou-se uma taxa de investimento da ordem de 23% a 25%, durante os anos dourados da década de setenta. Com o advento da crise econômica dos anos oitenta, especialmente entre 1983 e 1984, a taxa de investimento baixou para 15% do PIB, o que foi intensificado pela forte transferência líquida de recursos para o exterior. Por outro lado, o capital estrangeiro não investe no país a muito tempo. Portanto, o crescimento da economia, num horizonte de tempo mais longo depende cada vez mais das decisões de investimento que possam ser feitas ou incentivadas a partir do gasto público. Mas de onde virão tais recursos ?

#### II.5.4 - Relações com o Exterior

Os resultados comerciais do Brasil com o exterior, nos últimos anos, são capazes de surpreender os formuladores da política econômica. Quando o próprio Ministro Bresser Pereira formulou (otimista), como uma das metas de sua gestão, um superavit comercial de US\$ 9,0 bilhões, não poderia imaginar que o saldo positivo da balança comercial fosse fechar com a invejável cifra de US\$ 11,2 bilhões. As exportações, que no primeiro semestre do ano foram 13,04% inferiores as registradas no mesmo período de 1986, invertem seu sinal no segundo semestre, alcançando cifras muito superiores as registradas no período julho-dezembro de 1986. Assim, entre janeiro e setembro de 1987 as exportações superaram a marca alcançada em igual período do ano anterior.

Quanto as importações, vale mencionar que elas se situaram um pouco acima dos valores registrados em 1986.

Portanto, o bom desempenho da balança comercial decorreu, basicamente, do esforço exportador. Vale mencionar que a intensificação das mini-desvalorizações cruzado/dólar nos meses de novembro e dezembro conseguiu, em parte, recuperar a relação câmbio/salários que se encontrava um tanto deteriorada nos meses anteriores, desfavorecendo a iniciativa dos setores exportadores. No entanto, a perspectiva de retaliações comerciais americanas, em função da política de reserva de mercado na área de informática, não garante estabilidade de crescimento às

exportações, na medida em que os americanos continuam a ser nossos maiores parceiros comerciais.

A taxa de câmbio oficial, que apresentou pequenas variações entre julho e outubro de 1987, como decorrência do engessamento da economia oriundo do Plano Bresser, voltou a crescer em patamares realistas a partir de outubro. O dólar que estava cotado em Cz 55,88 em fins de outubro, estoura em mais de Cz 71,00 em fins de dezembro.

Apesar destes aspectos positivos, as reservas internacionais brasileiras encontravam-se muito desgastadas ao final de 1987, mal superando os US\$ 4,0 bilhões. Com as pressões dos bancos internacionais crescendo desmesuradamente, o ano que passou deveria ter sido o momento mais adequado para se renegociar uma saída para a dívida externa.

Essa foi, na verdade, outra das metas grandiosas de Bresser Pereira. Renegociar a dívida externa em condições vantajosas para o Brasil, convertendo parte dela em investimento. Com isso, "matar-se-iam dois coelhos": ao mesmo tempo em que seriam obtidos novos empréstimos e melhores condições de pagamento, a conversão poderia atrair novos capitais estrangeiros para o país, permitindo uma retomada, mesmo que tímida, dos níveis de investimento.

Desde o início do ano (20 de fevereiro), o ex-ministro Dilson Funaro havia declarado moratória para o pagamento dos juros da dívida. No dia 10. de março, Funaro declara que só retomaria os pagamentos quando o Brasil tivesse um superavit necessário para tal.

A promulgação da moratória deixou o Brasil numa posição pouco confortável. Em 8 de março o presidente do Banco Central apresenta um plano de negociação da dívida, que pouca atenção recebeu dos banqueiros internacionais. Logo em seguida as retaliações começam. Vários Bancos credores passam a declarar como prejuízo os juros devidos pelo Brasil. O Comitê de Assessoramento aos Bancos Credores passou a recomendar que os créditos brasileiros só fossem renovados quando o Brasil retomasse o pagamento dos juros.

Enquanto o país se desgastava junto aos credores internacionais e as instituições oficiais do sistema financeiro internacional, outros países devedores que não pediram moratória foram beneficiados com distribuição adicional de créditos e redução dos custos reais da dívida, como aconteceu com o México e a Argentina. Estes dois países pagam hoje um "spread de 0,81%, enquanto o Brasil continua pagando algo próximo de 2%.

Em julho, o novo ministro Bresser Pereira viajou aos Estados Unidos para expor seu plano de estabilização e manifestar suas intenções de sair da moratória. Com isso, pretendia credenciar-se para receber parte dos financiamentos internacionais ainda disponíveis, além de procurar entendimento

(e recursos) com o Clube de Paris, o FMI e as Agências de Financiamento Internacional (Eximbank, BID, Banco Mundial, etc.).

Depois de um longo tempo de espera, ficou claro que a estratégia brasileira de conversão da dívida tinha muitas resistências, não só de alguns setores nacionalistas, que viam nela o aumento da internacionalização da economia, como os próprios investidores estrangeiros que, afora os problemas internos da economia brasileira, não se sentiam estimulados com a legislação de remessas de lucros. Além destes problemas, a incerteza oriunda do momento constituinte não era atrativa para os investidores externos.

Antes do aumento dos superávits comerciais a partir de julho, as reservas brasileiras tinham chegado quase a zero. Nestas circunstâncias, seria difícil que as instituições do sistema monetário internacional aceitassem qualquer negociação com o Brasil. Tornava-se, assim, cada vez mais difícil compatibilizar o crescimento econômico, as necessidades de financiamento do crescimento e os compromissos com a dívida externa.

Nesse contexto, começava a surgir ao nível internacional a idéia de "securitização" da dívida externa. Tal idéia baseava-se no fato de que uma parcela da dívida mundial contraída pelos países do terceiro mundo detinha um alto risco de não ser resgatada. Nesse sentido, ela deveria ter um deságio em seu valor que correspondesse ao risco envolvido. Como disse o Sr. John Reed, presidente do CITYCORP, em conversa com o ex-ministro Bresser Pereira, "30% da dívida do terceiro mundo é impagável". A securitização, portanto, significava que cada país deveria pagar o "valor de mercado" da dívida, desde que houvesse acordo com os credores e possíveis garantias em reservas internacionais, como ocorreu no caso do México.

Mas o Brasil não apresentava as "credenciais" necessárias para ter tratamento similar ao caso mexicano. O México, em fins de 1987, detinha reservas comerciais de US\$ 14,5 bilhões, enquanto o Brasil, em que pesem todas as diferenças de capacidade instalada e tamanho populacional, restringia-se aos US\$ 4,0 bilhões. Por outro lado, o México executou no ano findo um exímio programa de ajustamento econômico, com o aval do FMI e das instituições financeiras internacionais. Por fim, mas não em menor importância, o México detém uma imensa fronteira com os EUA, pela qual milhares de mexicanos procuram passar sempre quando a situação econômica fica mais apertada, o que a médio prazo pode trazer pesados fardos para o seguro social americano. A saúde da economia americana encontra-se, por este fato, ligada, mesmo que em pequena proporção, a saúde da própria economia mexicana.

Para não cair nos tradicionais acordos "stand by" com o FMI, a exemplo do que foi feito com México e Argentina, optou-se por uma estratégia não convencional de negociação, onde eram fixadas algumas condições mais vantajosas para o Brasil. Segundo

o ex-Ministro Bresser Pereira, "Convencional é a negociação que vem sendo feita desde 1982. É a negociação que eles chamam de 'mainly true'- empurrar com a barriga - que está baseada em financiamento e ajustamento. Você faz um ajustamento na economia interna, reduz as suas necessidades e aumenta a sua possibilidade comercial. Como sempre falta alguma coisa, voce financia o resto. Uma coisa que eu fiz sistematicamente foi a denúncia dessa abordagem, dizendo que isso só tinha levado à recessão e à inflação os países devedores, que estão estagnados há sete anos, pelo menos" (41).

As condições impostas por Bresser para obter um acordo sobre o pagamento da dívida eram basicamente:

- a) - Obter financiamento suficiente para pagar 60% dos juros, de forma a compatibilizar pagamento da dívida com o crescimento econômico;
- b) - Efetiva redução dos "spreads";
- c) - As taxas de juros não poderiam ser em mais de 1% superiores a variação da Libor;
- d) - Desvinculação do desembolso dos Bancos com um eventual acordo e desembolso do FMI;
- e) - Autorização para a securitização da dívida.

Assim, no dia 6 de setembro Bresser foi conversar em Washington com o chefe do Departamento do Tesouro Norte-Americano Paul Volker. Sua proposta era transformar 50% dos US\$ 112,0 bilhões que o país devia em títulos com garantia do Governo Brasileiro, com um deságio de, no máximo, 30%. Ao mesmo tempo, os países credores concederiam um novo empréstimo de US\$ 25 bilhões.

Mesmo tendo ouvido um sonoro "não", Bresser não tinha pressa. Esperava que, ao longo de quatro meses, cujo prazo final era 29 de janeiro de 1988, eles pudessem acertar alguns dos pontos por ele propostos. Mas com a saída de Bresser e sua substituição pelo novo Ministro Mailson Nóbrega, existe forte inclinação de que as futuras negociações da dívida retomem o caminho convencional.

O novo Ministro da Fazenda, que assumiu interinamente o cargo em 18 de dezembro de 1987, tendo sido confirmado em janeiro pelo presidente José Sarney, declarou, em recente encontro com os empresários da FIESP, ser adépto de um acordo "soberano" com o FMI. Segundo ele, um acordo com o FMI permitiria ao Brasil escapar da recessão simplesmente porque entraria mais dinheiro. Considera que, acertando as contas com o FMI, poderá conseguir em 1988 US\$ 10,5 bilhões, incluídos US\$ 2 bilhões pela conversão da dívida e US\$ 1 bilhão em novos investimentos diretos.

Por outro lado, o novo Ministro da Fazenda tem defendido em seus pronunciamentos que o FMI mudou. A recente

estratégia do Fundo é defender políticas que combinem o crescimento com superávits comerciais e geração de divisas; enfim, condições que facilitem o resgate dos compromissos da dívida.

Com base nesta estratégia, Mailson da Nóbrega revelou, no dia 19 de janeiro, que o Brasil está negociando junto ao comitê de bancos credores, um empréstimo-ponte para que o país retorne a pagar os juros. Com isso pretende sair da moratória e voltar a receber crédito internacional para resgatar alguns compromissos de curto prazo. Tal estratégia foi confirmada no início de fevereiro, quando os juros começaram novamente a serem pagos.

A recorrência aos empréstimos-ponte (bridge-loans) foi amplamente utilizada como estratégia de negociação da dívida pela equipe econômica da "Velha República". Apesar dos técnicos do Banco Central não terem calculado o valor do empréstimo a ser concedido, sabe-se que ele não cobrirá o pagamento dos juros da dívida em janeiro (US\$ 760 milhões) e o restante a vencer até a data da assinatura do contrato. Apesar das intenções do Ministro em retomar imediatamente o pagamento dos atrasados, o país não dispõe de reservas para cobrir sequer um terço dos débitos.

Dos últimos quatro anos, o de 1987 foi o primeiro onde houve um saldo negativo de empréstimos e financiamentos líquidos de organismos internacionais, como pode ser visto na tabela II.62.

Mesmo que a atual estratégia venha a representar maior ingresso de recursos externos no país em 1988, será difícil obter, ainda este ano, uma solução de longo prazo para o pagamento da dívida externa. O retorno a estratégias passadas de negociação pode nem ser tão traumático como se pensa, no curto prazo. Pode até não ser incompatível com os mecanismos de securitização da dívida brasileira; mas dificilmente deixará de ser uma ameaça ao crescimento econômico auto-sustentado do país.

#### II.5.5 - Setor Financeiro

Apesar de seu crescimento, já apontado anteriormente, o setor financeiro não propiciou alta rentabilidade das aplicações feitas em 1987. A variação anual das Letras do Banco Central (LBC's), um dos principais papéis oferecidos pelo Governo, foi de 352,8%; bem inferior a inflação medida pelo IPC no mesmo período (365,9%). A incerteza quanto a expectativa inflacionária e a preferência por ativos de maior solidez, como o ouro e o dólar no paralelo, marcaram alguns períodos do ano.

Ao que parece, algumas aplicações remuneradas, como é o caso dos Certificados de Depósito Bancário (CDB), tiveram rentabilidade superior às taxas obtidas no "overnight" e no "open market", como pode ser observado na tabela II.63.

Enquanto a inflação de janeiro a setembro de 1987 alcançou 233,8%, segundo o IPC, a remuneração dos CDB e do "overnight" chegou a 315,6% e 254,3%, no mesmo período, respectivamente. Isto mostra que a rentabilidade do CDB foi bastante superior a registrada nas aplicações do "over". Vale dizer ainda, que, no final do ano, aumentou a tributação sobre a renda na fonte das aplicações em overnight. De qualquer forma, tanto o over como as CDB's remuneraram mais do que as cadernetas de poupança no ano que passou.

Quanto ao mercado de ações, o ano que passou não foi o melhor para as aplicações. A maioria dos papéis negociados em bolsa teve rentabilidade real negativa, o que foi intensificado, no final do ano pelos efeitos indiretos do "crash" da bolsa de valores em New York.

## II.5.6 - Finanças Públicas

As estimativas preliminares indicam que o país fechou o ano de 1987 com um déficit público da ordem de 5,4% do PIB. Este resultado é muito aquém da meta prevista por Bresser Pereira, de - 3,5% do PIB - meta esta reprogramada oficialmente em fins do segundo semestre para 4,9% do PIB. Só a dívida interna custou ao país 4,0% do PIB em 1987. Esses valores mostram a dificuldade de se conduzir com eficiência e austeridade a administração pública brasileira.

Quando Bresser Pereira anunciou sua meta de redução do déficit público, estava implícita, na época, a necessidade de efetuar um corte de Cz 300 bilhões no gasto governamental. Mas cada vez era mais difícil cortar os subsídios, os programas de investimento das empresas estatais e os gastos com custeio. Enquanto isso, uma auditoria inesperada do Tribunal de Contas da União revelou, no mesmo mês, que 59 estatais foram flagradas com despesas irregulares (contratações, mordomias, licitações e contratos fora das normas) que chegavam a Cz 17 bilhões.

O aumento dos salários dos funcionários público civis e militares a partir de outubro foi outro ponto que contribuiu definitivamente para a manutenção do déficit público em patamares elevados. Ao mesmo tempo, com a desaceleração econômica observada no segundo semestre, reduziu-se em Cz 40 bilhões a arrecadação de impostos. Com efeito, desde junho de 1987 as despesas passam a superar as receitas governamentais. Entre janeiro e maio, o resultado de caixa do governo foi sempre positivo. Entre junho e setembro esse resultado passa a ser mensalmente negativo. Provavelmente tal comportamento se manteve até o final do ano. A tabela II.64, do anexo, mostra a evolução das receitas e das despesas acumuladas do Governo em 1987.

Diante deste quadro, era inevitável a decisão de baixar um conjunto de medidas na área fiscal que pudessem não só

aumentar e reordenar as receitas, como também reduzir e reestruturar as despesas. O pacote fiscal de dezembro, outra das metas da gestão Bresser Pereira, implicava numa redução do déficit público de 1,3% do PIB, através do aumento de impostos em mais de 2% do PIB e mediante o corte de despesas.

Um dos pontos mais polêmicos do pacote fiscal de Bresser dizia respeito a taxaçoão dos lucros de capital, hoje taxados apenas na fonte, pela tabela progressiva do imposto de renda. Ao mesmo tempo, o pacote previa uma redução do imposto de renda a pagar dos assalariados (que só tinham uma fonte pagadora) da ordem de 7%. Tal redução decorreria da aplicaçoão de uma nova tabela de retençoão do imposto de renda na fonte, com faixas de renda mais largas, e da alteraçoão da tabela progressiva para 1989. Além disso, a alíquota máxíma de 50% hoje em vigor seria extinta, passando a ser de 45% o novo limite. A correçoão do imposto a pagar, do imposto a receber e da tabela progressiva da declaraçoão seria de 200%; algo em torno da média da variaçoão da OTN no ano de 1987.

O pacote proposto por Bresser aumentaria os impostos dos assalariados que detém mais de uma fonte pagadora (e que hoje descontam proporcionalmente menos na fonte) e dos contribuintes com aplicaçoões financeiras ou em açoões que, até então poderiam optar pela tributaçoão exclusiva na fonte. Com o novo pacote, os lucros auferidos nessas aplicaçoões (juros, lucros e dividendos) passariam a ser incluídos na tabela progressiva anual. Já os títulos ao portador teriam duas formas diferentes de tributaçoão. Se o investidor se identificasse, poderia utilizar a tabela progressiva. Caso desejasse manter o anonimato, os rendimentos seriam tributados pela alíquota máxíma (45%) da tabela progressiva.

Os ganhos de capital também teriam sua tributaçoão ampliada e passariam a incluir todos os lucros auferidos com a venda de bens móveis e imóveis (exceto açoões vendidas em bolsa e automóveis). Sobre a diferença entre o valor declarado e o preço de venda desses bens passaria a incidir uma alíquota de 20% a partir do ano base de 1988. O valor de mercado desses bens seria atualizado pela variaçoão da OTN.

As pessoas jurídicas passariam a pagar mais imposto pela eliminaçoão dos incentivos fiscais (exceto SUDAM, SUDENE, Exportaçoões e Cultura) e pela criaçoão de uma taxaçoão específica sobre o aumento do lucro que não for aplicado como investimento produtivo nas empresas. Ao mesmo tempo, as empresas que investissem na ampliaçoão de sua produçoão teriam um abatimento no imposto de renda, ainda a ser calculado.

Embora não viesse a fazer parte do pacote (que deveria ser, segundo Bresser, promulgado por dec-lei), seria encaminhado ao Congresso, na forma de ante-projeto de lei, a instituiçoão do imposto sobre o patrimônio líquido (IPL), que iria incidir na proporçoão de 0,5% ao ano sobre o patrimônio expresso em jóias, imóveis, propriedades rurais, obras de arte, etc. O valor do

patrimônio seria arbitrado pelo próprio contribuinte que ficaria num dilema: se colocasse um valor muito baixo, teria um grande imposto sobre ganhos de capital a pagar, por ocasião da venda de seus bens. Se fizesse o contrário, poderia reduzir o valor da taxaço sobre ganhos de capital, mas teria que pagar um alto valor de IPL. De qualquer forma, o IPL so iria incidir sobre o patrimônio que superasse o montante de 10.000 OTN's.

O pacote previa ainda a eliminaço de uma série de benefícios fiscais que os agricultores contam ao declararem seus rendimentos de cédula G; dentre eles o limite de 20% da renda bruta para pagamento de imposto, definido por uma portaria do Ministério da Fazenda em 1969 e o pagamento de apenas 50% do imposto apurado. Bresser propunha a eliminaço de todos esses privilégios em troca da criação de uma caderneta de poupança rural cujos depósitos dos agricultores poderiam ser integralmente abatidos de sua renda tributável. Tal sistema permitiria ao Governo lançar mão de um fundo de financiamento da agricultura, que seria independente do orçamento da União.

No campo das despesas, foi estimada uma redução de CZ 450 a Cz 900 bilhões que decorreria de cortes aos subsidios e no fechamento de cerca de 20 empresas estatais e autarquias, além da criação de um novo sistema de execução do orçamento em 1988 que, segundo Bresser, propiciaria uma boa economia de recursos.

Com a saída de Bresser Pereira do Ministério, em 19 de dezembro, e sua posterior substituição por Mailson Nóbrega, o pacote fiscal foi aprovado com algumas mutilações. Foram mantidos os sistemas de tributação adicional para quem tem mais de duas fontes pagadoras, mas a tributação sobre ganhos de capital e as modificações no imposto de renda da pessoa jurídica passaram a ser projetos de lei, encaminhados ao Congresso.

O ano de 1987 marcou uma completa unificação dos orçamentos fiscal, das estatais e monetário, num único orçamento, geral da União. As metas previstas para 1988 são de obter um déficit público que não ultrapasse os 2% do PIB. Porém, as estimativas do Banco Central projetam que só as necessidades de financiamento daquela entidade chegarão a 3,1% do PIB em 1988. Além do mais, "as pressões internas que dizem respeito ao custo das operações de financiamento e o subsidio ao setor agrícola, às despesas de saneamento financeiro dos Estados e Municípios e dos Bancos Públicos estaduais devem, em princípio, ser superiores às realizadas neste ano.(...) Por outro lado, a receita fiscal deve estar superestimada em termos reais, tanto em 1987 quanto em 1988, já que tanto as projeções inflacionárias como as de crescimento da economia são irrealistas"(42).

A Reforma Tributária prevista no projeto de Constituição Bernardo Cabral defende alguma descentralização de recursos fiscais para os Estados e Municípios, mantendo intactas grande parte das atribuições hoje atinentes ao Governo Federal. Isto poderia inviabilizar qualquer projeto de equilíbrio das contas internas e das necessidades de financiamento do setor público,

ainda mais num quadro onde as pressões oriundas da dívida externa não descartam a perspectiva de transferência líquida de recursos ao exterior em 1988

## II.6 - PERSPECTIVAS PARA 1988

O ano de 1988 mal começou e já existe forte polêmica sobre o desempenho da economia nos próximos 12 meses. O legado de 1987 deixou seqüelas profundas na confiança dos empresários sobre o futuro da economia brasileira. Como o Governo não dispõe de grandes facilidades para ampliar seus gastos e investimentos em 1988 e não existem perspectivas de curto prazo que venham a estimular a inversão privada, é possível que a economia brasileira enfrente alguns sintomas de estagnação econômica no primeiro semestre.

Com o forte retorno da elevação dos preços, salários e da remuneração dos ativos financeiros, há quem diga que as taxas de inflação em 1988, irão superar o record nacional de 365,9% (variação do INPC) alcançado em 1987. Mesmo assim, as projeções do Governo, como é natural que ocorra diante da grande campanha de combate ao "pessimismo", confiam em números bem menores, como os 265% divulgados recentemente à imprensa por autoridades do Ministério da Fazenda. De qualquer forma, os primeiros dias de janeiro já permitem trabalhar com uma inflação em torno de 15% no mês; um pouco inferior que os 20% previstos para o início deste ano, antes da demissão do Ministro Bresser Pereira.

As perspectivas quanto ao crescimento da indústria também não são as melhores. Observando as tendências recentes, nota-se que a produção industrial sofreu contínua queda em seu ritmo de crescimento ao longo de 1987, começando, em janeiro, com um crescimento de 10% estimado para 12 meses, e terminando com quase zero em dezembro. Se permanece a tendência, não há como evitar a queda da produção industrial em 1988. Na verdade, se houve algum crescimento industrial nesse ano de 1987, ele se deve ao esforço exportador.

No ano que passou conseguiu-se inverter a tendência à queda dos superávits comerciais, recuperando, embora em patamares menores, as tendências esboçadas em 1984 e 1985, quando foram obtidos superávits comerciais de 12,5 e 13,1 bilhões de dólares. Em 1986, o superavit comercial caiu para 8,2 bilhões, recuperando-se em 1987 para pouco mais do que 11 bilhões. As perspectivas de continuidade deste crescimento do saldo comercial não são, no entanto, muito otimistas. A possibilidade de intensificação do protecionismo americano com relação aos produtos brasileiros (como represália a lei de reserva de mercado na informática) e a necessidade de reduzir o gigantesco déficit comercial americano podem vir a trazer alguns percalços no que diz respeito aos resultados da balança comercial brasileira em 1988.

Se não é possível crescer pela via do mercado interno ou pela via das exportações, torna-se necessário aumentar a demanda efetiva futura através do investimento governamental. Sabe-se no entanto que, para tal, é necessário adotar uma campanha de combate ao deficit público que, em dezembro último, já era superior a 5% do PIB, apesar dos esforços do ex-ministro Bresser Pereira em reduzi-lo a 3,5% em 1987. Quando Bresser assumiu o Governo, o deficit público era de 7% do PIB. O ex-ministro tinha como meta reduzi-lo para 2% em 1989, e seu recente pacote fiscal era um dos instrumentos para tal.

A redução do deficit público poderia, não só recuperar a capacidade de investimento do setor público, como também ajudar a combater a inflação. Medidas como o corte aos subsidios, obras inúteis ou despesas improdutivas poderiam ajudar na recomposição real da capacidade tributária líquida, hoje desgastada pela forma desastrosa de como se maneja o gasto público. "A carga tributária bruta, que corresponde a 23% do PIB, baixa a 10% quando são descontados os subsidios, os incentivos fiscais e o serviço da dívida interna" (43). Tais recursos retornam ao setor privado de forma concentradora e com impactos no crescimento econômico ou no combate da dívida social menores dos que poderiam advir de aplicações nos programas realmente essenciais.

Estimativas do ex-ministro João Sayad dizem no entanto que dos 18% do PIB indicados como capacidade nacional de poupança, 5% são consumidos pelo deficit público e 4% são transferidos, em termos reais, para o exterior. Os restante 9% são insuficientes, sequer para repor a depreciação de capital fixo.

Diante destas expectativas, é difícil continuar a combater o pessimismo com a crença de que a economia vai bem. A queda nas taxas de crescimento industrial e a falta de perspectivas de investimento fatalmente trariam um quadro de estabilidade ou até mesmo de declínio dos níveis de emprego. Se os salários continuarem a ser corroídos pelas altas taxas de inflação, é possível que os órgãos gestores de política social e os fundos sociais passem a ter quedas reais em suas receitas. A manutenção de compromissos assumidos nos programas assistenciais e de saúde, conjuntamente com o crescimento inevitável do número de aposentados e pensionistas, sem que medidas de ajuste, seja no campo da receita, seja no da despesa; venham a ser tomadas, aumentariam a probabilidade de retorno dos deficits do SINPAS.

## NOTAS DO CAPITULO II

- (1) - Sobre este ponto ver CASTRO, A.B. e PIRES DE SOUZA, F.E., "A Economia Brasileira em Marcha Forçada", Ed. Paz e Terra, Rio de Janeiro, 1986.
- (2) - Estas informações tem que ser observadas com reservas, dada a má qualidade atribuída aos indicadores de capacidade instalada no período em tela.
- (3) - Ver TAVARES, M.C. e SERRA, J., "Além da Estagnação" in TAVARES, M. C., "Da Substituição de Importações ao Capitalismo Financeiro". Ed. Zahar, Rio de Janeiro, 7a. ed., 1978, pp.153-207. Na pagina 201 pode-se ler: "A Política do novo governo militar criou condições para uma reorganização do esquema redistributivo "conveniente" ao sistema, começando por redistribuir a renda em favor das classes médias urbanas e contra as classes populares assalariadas".
- (4) - Ver MEDICI, A.C., "Estabilização x Crescimento: A Estratégia de Desenvolvimento 1967-1970" in Revista Economia Ensaios, V.1, No.1, setembro de 1984, Ed. Departamento de Economia da Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, MG, pp.73-86. Sobre a lógica conjunta das exportações, importações e câmbio no período, ver TAVARES, M.C. e ASSIS, J.C., "O Grande Salto para o Caos", Jorge Zahar Editor, Rio de Janeiro, 1985.
- (5) - CASTRO, A.B. e PIRES DE SOUZA, F.E. (op.cit.) ressaltam a importância dos investimentos feitos ao longo do Governo Geisel na capacidade de resistência e recuperação da indústria brasileira na crise dos anos oitenta. Já Carlos Lessa não acredita que a megalomania do II PND não coincidiu com as medidas efetivamente tomadas ao longo do Governo Geisel. Sobre este ponto ver LESSA, C. "A Estratégia de Desenvolvimento 1974-1976: Sonho e Fracasso". Tese aprovada no Depto. de Economia da UFRJ para Professor titular, UFRJ, 1978, mimeo.
- (6) - Ver COUTINHO, Luciano G. "Política Econômica 1974-1980" in Revista de Economia Política, Vol 1, No. 1, jan/mar de 1980, Ed. Brasiliense, São Paulo, pp. 77-100.
- (7) - Esta parte do trabalho se beneficiou de vários artigos escritos por Luciano Coutinho, entre 1979 e 1981, muitos dos quais publicados na Revista de Economia Política.
- (8) - Ver LESSA, C., op.cit.
- (9) - Ver COUTINHO, L.G., op.cit.
- (10) - Ver TAVARES, M.C. e ASSIS, J.C., op.cit, em especial o epílogo

- (11) - Ver COUTINHO, L.G., op.cit.
- (12) - Ver TAVARES, M.C. e ASSIS, J.C., op.cit.
- (13) - Ver AGUIAR, M.A.S., et alii, "Ditadura Econômica x Democracia: a solução do Governo e as Alternativas". Ed. IBASE/CODECRI, RJ, 1983.
- (14) - Sobre a retórica de Delfin Netto a partir de 1981, ver TAVARES, M.C. e LESSA, C., "Política Econômica em Questão: Uma Discussão Crítica e de Alternativas" in TAVARES, M.C. e DAVID, Mauricio Dias (organizadores), "A Economia Política da Crise: Problemas e Impasses da Política Econômica Brasileira". Ed. VOZES/Achiamée/IERJ, Rio de Janeiro, 1982.
- (15) - Sobre o acompanhamento das negociações do Brasil com o FMI ver AGUIAR, M. A. S. et. alii., op.cit.
- (16) - Uma análise pormenorizada do comportamento do emprego nos anos de crise pode ser encontrada em SALM, C., SILVA, L.C.E., PEREIRA, V.M.C. e MEDICI, A. "O Mercado de Trabalho Brasileiro: Estrutura e Conjuntura"; Ed. Ministério do Trabalho/IEI, Brasília, 1987, 266p. Sobre este ponto ver especialmente o capítulo 7.
- (17) - Uma descrição mais detalhada destes mecanismos pode ser encontrada em SOUZA, P.R., "A Determinação dos Salários nas Economias Atrasadas". Tese de Doutorado apresentada ao Instituto de Economia da UNICAMP, Campinas, 1981, mimeo.
- (18) - Maiores comentários sobre este ponto podem ser encontrados em SOUZA, P.R. e BALTAR, P.E., "Salário Mínimo e Taxa de Salários no Brasil" in SOUZA, P.R., "Empregos, Salários e Pobreza", Ed. HUCITEC/FUNCAMP, São Paulo, 1980.
- (19) - Sobre este ponto ver AGUIAR, M.A.S. et alii., op.cit., especialmente o capítulo 1.
- (20) - Em 1973 e 1974, o cálculo da inflação para efeito de correção dos salários foi expurgado inadequadamente acarretando fortes perdas reais de salários para os trabalhadores. Tal fato foi divulgado pelo DIEESE no período e, posteriormente, comprovado pela justiça do trabalho, já nos anos oitenta.
- (21) - AGUIAR, M.A.S. et alii., op.cit.
- (22) - A taxa de atividade pode ser entendida como a relação entre a população economicamente ativa (PEA) e a população em idade ativa. Os limites de idade considerados para estes cálculos foram os de 10 anos e mais.

- (23) - A taxa de desocupação é a relação entre aqueles que involuntariamente não exercem ocupação num determinado momento e encontram-se procurando trabalho sobre a população economicamente ativa. Geralmente utiliza-se, para tal fim, a população de 10 ou 15 anos e mais.
- (24) - A partir de 1986 foi instituído o seguro desemprego no Brasil, embora o seu valor e as restrições para a sua obtenção estejam aquém das necessidades dos trabalhadores brasileiros nesse campo.
- (25) - O conceito de desemprego disfarçado ou desemprego oculto foi usado pioneiramente pela economista inglesa Joan Robinson, na década de trinta.
- (26) - Este foi, no período, um dos meses que concentrava a maior parte dos reajustes salariais.
- (27) - Basicamente composta por LTN'S E ORTN'S.
- (28) - Sobre este ponto ver OLIVEIRA, Fabricio Augusto de e BIASOTTO JR., "As Finanças Públicas na Nova República" in CARNEIRO, R. (organizador), "Política Econômica da Nova República", Ed. Paz e Terra, São Paulo, 1986, 2a. ed., pp. 141-174.
- (29) - RESENDE DA SILVA, F. e SILVA, B. A., "Fundos Sociais", ed. IPEA, Rio de Janeiro, mimeo., 1985.
- (30) - Ver relatórios do Banco Central
- (31) - Para maiores esclarecimentos, ver CARNEIRO, R. (org), "Política Econômica da Nova República", op.cit., capit.2.
- (32) - Termo utilizado por Luiz Gonzaga Belluzzo, assessor da equipe econômica de Funaro.
- (33) - MODIANO, E. "URP x Salários e Preços" in Conjuntura Econômica, V.41, No. 11, nov. de 1987, Ed. IBRE/FGV, RJ, pp. 25-29.
- (34) - Na verdade, em maio foram extintas as parcelas de 10% e 20% sobre os carros usados e reduzida de 30% para 15% a sobretaxa dos carros novos. Em fins de junho o Governo decretou a extinção do compulsório sobre os automóveis.
- (35) - Durante o "lockout" das quase quatro mil concessionárias de veículos automotores do país, as montadoras demitiram cerca de 10 mil trabalhadores na indústria automobilística (cerca de 7% dos ocupados no setor). Em seguida, deram férias coletivas a 21 mil de seus trabalhadores.
- (36) - O Índice Geral de Preços - Disponibilidade Interna (IGP/DI) é uma média ponderada composta pelo índices de preços por atacado (peso 6), índice de custo de vida do

Rio de Janeiro (peso 3) e índice de custo da construção civil (peso 1).

- (37) - O Índice de Preços ao Consumidor (IPC) calculado pelo IBGE é o indexador oficial da economia brasileira, criado pelo dec-lei No. 2.284, de 10 de março de 1986.
- (38) - Comparações Metodológicas entre os dados de massa salarial da PED e da PME podem ser vistas no artigo MEDICI, A.C., e AGUIAR, M. A. S., "O Comportamento da Massa Salarial na Conjuntura Brasileira Recente" in "Tendências do Trabalho (Labor Trends)", Ed. Tama, RJ, dez-1987.
- (39) - NASSAR, J.R., "Em paz com a FIESP" in Revista Senhor, No. 356, Ed. Três, SP, pp.32-34.
- (40) - Os indicadores de desemprego na construção civil, relativos a uma sub-amostra da PME, devem ser vistos apenas como sinais de comportamento do emprego no setor, em função da existência de altos erros de amostragem a eles associados.
- (41) - "O Último Golpe contra o PMDB". Entrevista exclusiva fornecida pelo ex-ministro Luiz Carlos Bresser Pereira à Equipe da Revista Senhor, in Revista Senhor No. 354, Ed. Três, SP, pp. 33-43.
- (42) - TAVARES, M. C., "O Desequilíbrio Financeiro do Setor Público" in "Boletim de Conjuntura", Instituto de Economia Industrial/UFRJ, vol.7, No.4, nov-1987, Ed. IEI/UFRJ, Rio de Janeiro, pp. 91-112.
- (43) - NASSAR, J. R., "Uma Década Perdida" in Revista Senhor, No.354, Ed. Três, SP, pp.26-28.

### CAPITULO III

### OS EFEITOS DA CRISE NO SETOR SAUDE

### III.1 - OS MECANISMOS DE FINANCIAMENTO DO SETOR SAUDE NO BRASIL

A crise econômica, como visto anteriormente, teve fortes impactos no financiamento e no custeio das políticas sociais no Brasil. Tais efeitos se propagaram, de forma diferenciada ao nível dos distintos setores-objeto destas políticas. No caso do setor saúde a redução do gasto público foi bastante acentuada. Isto ocorreu não apenas pela queda dos recursos do orçamento fiscal da União e dos Estados destinados ao setor, mas também pela forte compressão da arrecadação do Fundo de Previdência e Assistência Social (FPAS), que constitui a principal fonte de recursos e a estrutura administrativamente maior e mais complexa de prestação de serviços de saúde do país.

Para entender tais impactos ao nível da receita, do gasto e dos programas operados pelo setor, é mister conhecer a estrutura de financiamento setorial existente, a complexidade institucional, as clientela. É importante mapear as principais estratégias de ajuste frente a crise, bem como conhecer os impactos da recessão na oferta de serviços.

Apesar da importância de se conhecer aspectos históricos da constituição do sistema e das instituições de saúde no Brasil, já existe farta literatura sobre o assunto (1). Assim, este capítulo irá abordar, apenas, algumas características principais do sistema e dos mecanismos de financiamento do setor saúde no Brasil desde os anos setenta, concentrando a análise nas reformas desencadeadas a partir dos anos oitenta.

O financiamento do setor saúde no Brasil tem como base de sustentação recursos federais, estaduais e municipais. As fontes federais podem ser subdivididas, basicamente, em três blocos (2).

No primeiro, o financiamento provém de recursos do chamado Orçamento Fiscal da União. Este, por sua vez, é composto pelas somas oriundas das receitas tributárias de exclusiva competência do Governo Federal, destacando-se particularmente o Imposto sobre a Renda (tanto o da pessoa física como o da pessoa jurídica - IRPF e IRPJ), o Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI), o Imposto Sobre Operações Financeiras (IOF), o Imposto sobre Importações e Exportações, o Imposto sobre Transportes Rodoviários, os Impostos Únicos sobre Lubrificantes e Combustíveis, Energia Elétrica, Minerais e outros de menor peso e importância na estrutura de arrecadação federal. São também tributos federais a Taxa Rodoviária Única e outras taxas (3).

A tabela III.1 apresenta a participação destes impostos

e taxas na estrutura de arrecadação federal entre 1973 e 1983. Nota-se que o Imposto de Renda, o IPI e o IOF constituem os itens de maior peso na receita tributária da União, ao longo dos últimos anos.

Além dos impostos e taxas aqui mencionados, as receitas totais da União são compostas por outros recursos dentre os quais se destacam a Contribuição para o FINSOCIAL, o salário-educação, as operações de crédito e as receitas diversas. Embora o FINSOCIAL e o salário-educação sejam considerados fundos sociais, sua lógica de arrecadação é de natureza fiscal. Por outro lado, parcela crescente de sua receita vem sendo vinculada a aplicações tipicamente orçamentárias. Para exemplificar, o Ministério da Saúde detinha em 1986 cerca de 60% de seus recursos oriundos do FINSOCIAL. A tabela III.2 demonstra que estas receitas tem tido participação cada vez maior na massa de recursos que compõe a arrecadação federal, nos anos recentes.

No campo da saúde, os recursos do orçamento fiscal tem sido aplicados prioritariamente no desenvolvimento de ações de saúde pública e vigilância sanitária (serviços básicos de saúde, controle de doenças transmissíveis, distribuição de alimentos e programas de avaliação do estado nutricional da população, controle, produção e distribuição de medicamentos e produtos profiláticos e terapêuticos). Além destas, algumas ações no campo da assistência médico-sanitária e hospitalar tem sido financiadas com tais recursos. Destacam-se, neste caso, as redes da Superintendência de Campanhas Sanitárias do Ministério da Saúde (SUCAM) e da Fundação Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), os hospitais especializados do Ministério da Saúde (cancer, materno-infantil, doenças mentais), os hospitais universitários do Ministério da Educação, os hospitais mantidos pelos Ministérios Militares, etc.

No segundo Bloco, as receitas provêm dos mecanismos de arrecadação do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS) que compõe o Fundo de Previdência e Assistência Social (FPAS), o qual era constituído até o início da crise recente por:

a) - Contribuições Compulsórias, compostas por recursos formados por 8% dos salários dos empregados formais; 8% da folha de salários das empresas; 16% do valor dos serviços prestados por trabalhadores autônomos registrados na Previdência (bem como de empregados domésticos contribuintes). Compõe ainda estes recursos o recolhimento de 2,5% da receita bruta auferida pelos produtores agrícolas;

b) - Remuneração recebida pela prestação de serviços de arrecadação, fiscalização e cobrança por conta de terceiros, bem como a prestação de outros serviços e arrendamento de bens;

c) - Outras receitas patrimoniais, industriais e financeiras;

d) - Doações e Subvenções recebidas, inclusive da União;

e) - Receitas auferidas pelas Unidades Integrantes do SINPAS (INAMPS, INPS, IAPAS, LBA, FUNABEM e DATAPREV), a partir do momento de sua constituição.

Em termos gerais, essas cinco fontes de receita podem ser resumidas em tres grandes itens: Contribuições Compulsórias, Transferências da União e Outras Receitas.

Pelos dados expostos na tabela II.47 (capitulo II), as receitas do SINPAS tiveram um crescimento real bruto de 207,7% entre 1970 e 1979, o que equivale a um incremento geométrico anual de 13,3% ao ano no periodo. Neste sentido, tal crescimento foi, em termos anuais, quase 11% maior que o da população, tendo sido equivalente ao crescimento do número de segurados. Para exemplificar, entre 1971 e 1978 o número de segurados passou de 9.691 para 23.422 mil pessoas, o que equivale a um crescimento geométrico anual de 13,4% (4).

No que diz respeito a distribuição destes recursos pelos três itens supracitados, ressalta-se o grande peso mantido ao longo do periodo pelas contribuições compulsórias. A tabela III.3 do anexo revela que tais contribuições passam de 84,6% para 92,1% do total de ingressos do SINPAS entre 1970 e 1979. Em consequência, as transferências da União que detinham 10,0% de participação se reduzem para 4,9% dos recursos do SINPAS entre aqueles dois anos, respectivamente.

Com relação às contribuições compulsórias, a arrecadação incidente sobre os assalariados representa, em média, 33% do total deste item, enquanto que a incidente sobre as empresas responde por 63%. Cabe mencionar, também a alíquota de 2,5% sobre a produção rural, a qual responde por 4% do volume das contribuições compulsórias.

Nada pode ser dito, no entanto, sobre as chamadas "outras receitas". A participação deste item oscila constantemente ao longo do periodo e pode ser decorrente de uma série de micro-políticas da máquina previdenciária que, afora as dificuldades de serem levantadas e contabilizadas, não detinham, antes da crise, peso significativo nas receitas do SINPAS.

Vale destacar, portanto, o sentido inverso assumido pelo peso ascendente das contribuições compulsórias e descendente das transferências da União. Tais transferências, que tinham por finalidade garantir financeiramente, pelo menos o suporte administrativo do complexo previdenciário, tem sido esvaziadas ao longo do tempo, o que faz com que cada vez mais os beneficiários tenham que financiar os próprios custos de administração de uma máquina que, segundo o discurso político de seus últimos gestores, deveria ser sustentada majoritariamente por tributação ordinária, como rezam os princípios universais da seguridade social.

No que diz respeito à saúde, os recursos do FPAS financiam as ações de assistência médico-hospitalar para a clientela do complexo previdenciário, através do INAMPS. A tabela III.4 mostra que de 1970 à 1976, a participação dos gastos do INAMPS na despesa do SINPAS evoluiu, chegando a 32,0%. A partir de então, esta começa a declinar, alcançando 27,3% em 1979.

Tal forma de financiamento tem sido, no entanto, bastante diversificada. Ao longo dos anos setenta, cerca de 70% dos recursos do INAMPS financiavam diretamente os prestadores privados de serviços de saúde, através de credenciamentos, contratos e convênios com esta rede de prestadores, tendo em vista atender, de forma suplementar, a clientela previdenciária.

Os demais recursos voltavam-se para o custeio dos hospitais e ambulatórios do próprio INAMPS, além de escassos recursos transferidos para os hospitais universitários conveniados ou para as redes estaduais e municipais que se prestavam ao atendimento de urgência, em caráter universal (embora restrito pelas próprias possibilidades de cobertura), através do Plano de Pronta Ação (PPA) (5). Outros recursos voltavam-se para a compra, produção e distribuição de medicamentos (até 1986 a Central de Medicamentos - CEME - estava alocada no MPAS) e para as despesas de administração.

O terceiro bloco de recursos representa os chamados Fundos Sociais. Excluído o FPAS, que de certa forma constitui um desses fundos, podemos listar como Fundos Sociais o Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS), os Fundos de Patrimônio Individual e do Servidor (PIS/PASEP), o Fundo de Apoio ao Investimento Social (FINSOCIAL), a Cota da Previdência, o Salário Educação, o Programa de Integração Nacional (PIN), o Programa de Apoio ao Desenvolvimento da Terra (PROTERRA), o Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS) e a Contribuição Sindical. Estes recursos, se somados ao FPAS e, considerando que o FINSOCIAL e o salário-educação constituem mais receitas fiscais do Governo do que Fundos Sociais, montariam recursos arrecadados quase equivalentes a um segundo orçamento fiscal federal. Em 1984, por exemplo, eles constituíam cerca de 83% da receita tributária da União (6). A tabela III.5 mostra a evolução real da arrecadação desses fundos entre 1980 e 1985.

No caso do financiamento das ações de saúde, os dois Fundos que mais interessam são o FAS e o FINSOCIAL. O FAS foi criado em 1974, tendo se constituído desde então como um dos mais importantes instrumentos de financiamento dos investimentos nas áreas de saúde, saneamento, educação, trabalho, assistência e previdência social.

Administrado pela Caixa Econômica Federal (CEF), seus recursos são formados pelas rendas líquidas das loteriais (esportiva e federal e, recentemente, Loto) e, subsidiariamente, por dotações do orçamento operacional da Caixa Econômica Federal, de recursos orçamentários da União e de outros de origem

interna e externa.

Os empréstimos concedidos pelo FAS são, em sua maior parte, realizados em condições onde prevalecem grandes vantagens para os contratados, ou seja, longos prazos de carência e juros subsidiados com correção monetária nominal inferior a variação das taxas de inflação. Ao longo da década de setenta, boa parte dos recursos do FAS no campo da saúde foi utilizada na construção e ampliação da rede privada de serviços

A tabela III.6 mostra o montante de recursos aprovados pelo FAS entre 1974 e 1977, por área social de aplicação. Observa-se que, apesar da área de educação absorver a maior fatia dos recursos, a saúde ocupa o segundo lugar, tendo recebido, até 1977, 25% das receitas do Fundo. A peculiaridade reside no fato de que, enquanto os investimentos em "educação" e "interior" foram aplicados em projetos de natureza pública, os relativos às áreas de "saúde" e "trabalho" foram aplicados, majoritariamente, na iniciativa privada. Assim, dos US\$ 224,1 milhões aplicados pelo FAS em programas de investimento em saúde, US\$ 178,5 milhões foram canalizados ao setor privado, o que corresponde a 65,3% do total de financiamento liberado para saúde naquele período (7).

Nos anos setenta, grande parte dos recursos do FAS provinham de fontes orçamentárias e saldos da CEF. Na década de oitenta, o maior montante dos recursos vai, paulatinamente, passando a ser derivado das receitas das loterias. Isto ocorre justamente num período onde as receitas desse fundo começam a decrescer paulatinamente (tabela III.7). Neste processo, reduz-se também o peso dos recursos alocados a fundo perdido, ao mesmo tempo em que aumenta a participação dos recursos destinados a financiamento.

No que diz respeito ao FINSOCIAL, vale dizer que sua criação foi feita em 1982, tendo sido alocado no Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES) como uma das medidas de ajuste destinada a aumentar o gasto social. Portanto, a descrição de seus principais mecanismos de funcionamento será feita em parte específica. Antes da crise econômica, não existia nenhum mecanismo federal similar ao FINSOCIAL.

Os três blocos de recursos até então analisados (Recursos do Tesouro, Recursos da Previdência Social e Fundos Sociais) dizem respeito às fontes federais. Há ainda as fontes de recursos estaduais e municipais.

Os gastos sociais (8) e, em particular, os gastos com saúde dos Estados e Municípios tem sido financiados com recursos das receitas tributárias próprias destas esferas, com transferências da União, especialmente através dos Fundos de Participação dos Estados e Municípios (FPE e FPM) e por transferências negociadas através de contratos e convênios com o Ministério da Saúde, INAMPS, CEF/FAS, BNDES/FINSOCIAL.

As receitas próprias dos Estados tem como principal

componente o Imposto de Circulação de Mercadorias (ICM). A tabela II.44 do anexo estatístico do capítulo II mostra que entre 1972 e 1980, apesar da grande oscilação nas taxas de crescimento, as receitas de arrecadação de ICM evoluem constantemente. Deve-se mencionar que o endividamento público dos Estados também tem sido um instrumento de financiamento dos gastos sociais nestas esferas. A partir de 1980, a arrecadação de ICM começa a cair acentuadamente, o que criou dificuldades de financiamento desses gastos, a partir de seus próprios recursos. O endividamento público destas esferas cobriu, em parte as brechas criadas pelo decréscimo dessas receitas.

As receitas próprias dos municípios provêm fundamentalmente da arrecadação do imposto sobre serviços (ISS), do imposto predial e territorial urbano (IPTU) e das contribuições de melhoria. Acredita-se que, em função da crise recente, tenha havido uma redução das receitas oriundas do ISS. O mesmo não se pode dizer com relação ao IPTU, que não depende diretamente de variações na renda dos consumidores, mas sim das formas e mecanismos operados pelas Prefeituras Municipais para avaliar a valorização do solo urbano. De qualquer forma, não existem informações agregadas que possibilitem avaliar concretamente o volume global destas receitas.

Quanto as transferências do FPE e do FPM, os dados da tabela II.44-A (capítulo II) indicam uma certa estagnação de seu crescimento desde 1977, o que agravou ainda mais o quadro acima descrito.

As transferências negociadas tem se constituído, nos últimos anos, parcela importante do financiamento das políticas sociais ao nível regional (9). Elas, em parte, tem garantido uma certa margem de autonomia para operar determinados programas, embora tenham incentivado, também práticas clientelistas ou de favoritismo político em diversas instâncias institucionais destas esferas. Tais transferências criam determinados níveis de duplicação na contabilidade dos gastos sociais que dificultam uma adequada mensuração da magnitude do gasto social global ao nível do país.

No campo da saúde, os recursos estaduais e municipais tem financiado ações que duplicam, em parte, as realizadas pelo poder federal. Os programas de assistência médico-sanitária destas esferas não tinham, até bem pouco tempo, uma coordenação com as ações desenvolvidas ao nível federal, o que não só aumentava o desperdício dos recursos como impedia uma visualização das prioridades de gasto. Grande parte das opiniões avalizadas acreditam, no entanto, que os programas de saúde devem ser operados ao nível local, com exceção das ações mais especializadas (hospitais de referência regional e nacional), que deveriam ficar a cargo do Governo Federal.

Resta, ainda mencionar alguns aspectos relacionados ao financiamento do setor privado prestador de serviços de saúde. Conforme foi mencionado, esse setor absorvia 70% dos gastos do

INAMPS nos anos setenta. A partir de 1980, tal participação declinou substancialmente. A tabela III.8 mostra como nos últimos seis anos tem se reduzido a parcela de recursos transferida a rede de prestadores privados, em termos relativos. Estes, se somados aos recursos repassados as entidades filantrópicas, sindicatos e empresas, respondiam por 65,6% dos gastos em 1981. Em 1986, tal participação se reduziu para 43,8% em 1986.

Deve-se, no entanto, ter cautela ao se analisar esses dados. A diminuição da participação dos recursos transferidos ao setor privado ocorreu a despeito de não ter havido sustancial redução no número de consultas e de serviços hospitalares contratados ou conveniados com esse setor. Tudo indica que ela tenha sido provocada por uma redução real do valor das tabelas de pagamento dos contratos e convênios do INAMPS com a rede privada de serviços. Contribuiu, também, para tal redução dos recursos transferidos ao setor privado a política de combate as fraudes praticadas por alguns estabelecimentos de saúde ao longo das gestões de Waldir Pires e Rafael de Almeida Magalhães na direção do MPAS.

Outro poderoso instrumento de custeio do setor privado tem sido, historicamente, os descontos com despesas de saúde que, tanto pessoas físicas (IRPF) como pessoas jurídicas (IRPJ) tem direito a fazer por ocasião do pagamento do imposto de renda devido, nas declarações correntes. Tal desconto é ilimitado, podendo uma família de mais alta renda descontar até mesmo cirurgias plásticas ou serviços psicanalíticos, sem limitação de abatimento. Isto, além de representar um grande subsídio à iniciativa privada em saúde, é, da mesma forma, um subsídio ao consumo de serviços de saúde sofisticados e que beneficiam apenas as famílias de renda média e alta.

No caso das pessoas jurídicas, o direito se estende ao desconto de pagamentos com medicina de grupo, serviços próprios de saúde e despesas com seguro saúde enquanto benefícios oferecidos pelas empresas. Embora não existam dados relacionados a quanto os cofres públicos deixam de arrecadar com esses subsídios indiretos, no caso das empresas, supõe-se que eles sejam bem altos.

Quanto às famílias, dados da Secretaria de Receita Federal (tabela III.8) indicam que em 1979, tais abatimentos chegavam a US\$ 1.169,1 milhões; cerca de 29,0% do gasto federal total com saúde, ou ainda 35,1% do gasto do INAMPS naquele ano. A crise econômica dos anos oitenta, e seus fortes impactos sobre o nível de emprego e salários, trouxeram limitações reais ao montante de renda disponível nas mãos dos consumidores. Assim, a partir de 1979, ocorre forte decréscimo das deduções do imposto de renda da pessoa física. Em 1984, os abatimentos com saúde do IRPF caíram para US\$ 617,2 milhões (18,1% e 22,6% do gasto total com saúde e das despesas do INAMPS naquele ano, respectivamente). Com a recuperação econômica que se inicia em fins de 1984, provavelmente os gastos das famílias com saúde dedutíveis do imposto de renda devem ter voltado a crescer (10).

Outra forma - a mais clássica - de financiar os gastos privados em saúde constituem o consumo direto desses serviços (de forma não isenta pelo imposto de renda) por parte das famílias. Os dados e estimativas existentes sobre esse dispêndio são, praticamente inexistentes, embora possa se afirmar, com segurança, que eles aumentam ou se retraem de acordo com o comportamento cíclico da economia e o perfil de distribuição social da renda.

No caso brasileiro, o setor privado começa a encontrar novos espaços de atuação, tendo em vista a redução de sua dependência financeira da Previdência Social. É o caso do seguro saúde. Em 1983, a Golden Cross detinha aproximadamente 1 milhão de contratos e absorvia 95% do mercado de seguro-saúde. Em 1986, apesar de contar com mais de 1,7 milhões de contratos, declinou sua participação para 55% a 60% desse mercado. Outras empresas, como a AMIL, a BLUE-CROSS, e até mesmo instituições financeiras como BRADESCO e ITAU, ingressaram nesse lucrativo ramo de negócio (11). A crise que se coloca em 1987 não garante, pelo menos no curto prazo, continuidade dessa expansão.

Em linhas gerais, portanto, a participação do setor privado no mercado de serviços de saúde pode ser dividida em duas grandes modalidades: a que encontra no INAMPS seu principal espaço de sustentação financeira e a que busca se expandir através da procura de novos mercados não favorecidos diretamente pela esfera pública. No primeiro caso, tem-se observado uma sensível redução da dependência dos estabelecimentos privados dos contratos do INAMPS. Em alguns casos, pode-se dizer que a compra de serviços pelo setor público tem garantido apenas a cobertura dos custos fixos dos estabelecimentos privados. Os custos variáveis e os lucros são decorrentes da utilização de outros convênios (com o setor privado) e de planos especiais junto as famílias. Mas com a redução do valor das tabelas de pagamento do INAMPS e com a "ameaça" de novas relações contratuais que aumentem o poder de intervenção do setor público, os estabelecimentos privados tem buscado aumentar sua autonomia e reduzir a dependência financeira do setor público.

Quanto aos mercados que são "independentes" do setor público (12), podem ser destacados:

a) - Os planos de saúde das empresas, os quais em muitos casos são administrados pelas próprias empresas através de formas de "pré-pagamento". Tais planos podem incluir não só a existência de serviços próprios, como também o credenciamento de médicos e hospitais;

b) - Os mecanismos de seguro-saúde das empresas, nos quais as empresas estabelecem convênios com instituições de medicina de grupo, tais como AMIL, GOLDEN CROSS, UNIMED, etc.;

c) - Os mecanismos de seguro-saúde das empresas, nos quais estas estabelecem convênios com instituições de seguro-

saúde, tais como HOSPITAL, BRADESCO SAÚDE, etc. Vale destacar que a principal diferença entre esta modalidade e a anterior consiste no fato de que, enquanto as instituições de medicina de grupo detêm serviços próprios ou uma rede de contratados, as instituições de seguro saúde financiam qualquer médico ou hospital, num sistema de livre-escolha do paciente, a partir de determinados tetos de recursos a serem gastos com distintas formas e especialidades de atenção médico-hospitalar.

Estas tem sido as três principais formas de atenção a saúde derivadas do relacionamento do setor privado prestador com as empresas. Em todos os casos, tal financiamento pode ser feito integralmente pela empresa ou através de um co-pagamento, por parte do segurado, o qual em geral é progressivo com relação a renda.

As formas b) e c) tem sido utilizadas, também, diretamente pelas famílias que buscam individualmente planos ou seguros de saúde. Vale dizer, por outro lado, que todas estas formas de atenção privada a saúde tem crescido mais, nos últimos anos, do que o pagamento direto das famílias contra a prestação dos serviços. Os motivos para tal são muito distintos, mais em geral estão ligados a limitação crescente que a rede pública oferece às classes médias ou às empresas no que diz respeito a utilização dos serviços do INAMPS.

Descritas todas as fontes de recursos que determinam o gasto de saúde, passar-se-á a analisar os principais limites e bloqueios dos mecanismos de financiamento das políticas de saúde.

### III.2 - LIMITES ESTRUTURAIS E CONJUNTURAIS DOS MECANISMOS DE FINANCIAMENTO AS POLITICAS DE SAUDE

A política social brasileira beneficiou-se muito precariamente da capacidade financeira estatal possibilitada pela reforma tributária de 1967. Apesar das transformações ocorridas nas bases financeiras, não foram estruturados, naquele momento, esquemas de financiamento e gasto que refletissem um aumento real dos limites da intervenção estatal, a partir de recursos tributários.

Ao contrário, foram traços marcantes do financiamento do gasto social a concentração de recursos em programas de grande porte e baixa efetividade e a adoção, onde fosse possível, de uma estratégia paralela de financiamento que se ancorava em bases independentes do orçamento-fiscal, incidindo em maior parte sobre a folha de salários e onerando cada vez mais trabalhadores e consumidores (13).

Com este desempenho, ocorreu um esvaziamento dos

gastos do Tesouro, que deveriam financiar os programas universais, voltados mais particularmente para as populações de baixa renda. Políticas como a de saúde pública, que dependiam basicamente de dotações orçamentárias, foram sistematicamente esvaziadas. O gasto estatal direto em programas sociais, dada sua baixa participação no gasto social geral e no gasto orçamentário do Governo, não funcionou como mecanismo compensatório específico de redução das desigualdades sociais (14).

Os outros mecanismos de financiamento criados (a partir da folha de salários), quando examinados sob o ângulo da justiça fiscal e social, agravavam ainda mais o quadro aqui delineado. De um lado, há aquelas fontes que se sustentam através de contribuições diretas dos empregados e empregadores, como é o caso da maioria dos recursos do FPAS. A parte que incide sobre os salários constitui uma dedução direta da renda dos assalariados, enquanto que a parte que é atribuída as empresas é, em grande parte, transferida aos consumidores, através das práticas oligopolistas de fixação de preços, a depender do grau de monopólio existente em cada setor produtivo.

Outros fundos que se baseiam no recolhimento das empresas a partir da folha de salários, como é o caso do FCTS, e que se destinam a financiar projetos nas áreas de habitação, saneamento básico e desenvolvimento urbano, tem que garantir a manutenção de seus valores reais através da fixação de juros e correção monetária aos empréstimos destinados àquelas finalidades. A lógica de financiamento desses recursos se baseia, de um lado, no repasse deste e de outros encargos sociais (salário educação, FINSOCIAL, PIS/PASESP, etc.) aos preços dos bens e serviços por parte das empresas, e de outro, na utilização de critérios de rentabilidade bancária (correção monetária e juros de mercado em alguns programas) para os empréstimos feitos, o que inviabiliza sua aplicação correta em face das necessidades sociais (15).

Com isso, verifica-se a ausência de uma articulação solidária entre os mecanismos de financiamento e a natureza do gasto social. "Observou-se, portanto, a estruturação de mecanismos de financiamento auto-sustentados que limitam a adoção de critérios de justiça social, até mesmo na alocação de recursos, dada a necessidade de contemplar, em maior ou menor grau, taxas de remuneração compatíveis com a rentabilidade do setor financeiro. Consagra-se, assim, uma prática cuja lógica interna dificultou formas de subsídio ou aplicações de recursos a fundo perdido nos programas prioritários" (16).

Por estarem baseados no comportamento da folha de salários e nos rendimentos dos trabalhadores assalariados ou autônomos, as receitas desses fundos são muito sensíveis às flutuações cíclicas da economia. Nas épocas de crise, a massa de salários tende a cair proporcionalmente mais do que a massa de lucros. A queda dos níveis de emprego formal, associada a deterioração dos salários reais determina a redução da massa salarial nas conjunturas recessivas, acarretando grandes perdas

na arrecadação dos fundos previdenciários.

Tal comportamento, a princípio, não ocorreria na mesma intensidade com a massa de lucros ou com o faturamento das empresas. Muitas destas, ao deterem poder de reajustar seus preços à frente dos salários, conseguiriam proteger seus lucros e manter sua rentabilidade nas conjunturas recessivas. Além do mais, as grandes empresas conseguem se reciclar tecnologicamente nos períodos recessivos, como prova o investimento em automação feito por alguns segmentos da indústria paulista a partir de 1982, como é o caso do setor automobilístico. Essa reciclagem tecnológica tende a reduzir o peso do trabalho nos custos da empresas e, em grande escala, tende a comprimir a massa de salários em proporção maior do que a massa de lucros.

Isto, a rigor, não é válido, para toda a classe de empresas, mas sim para aquelas que, pelo seu porte e posição no mercado, conseguem utilizar práticas oligopolistas. As pequenas e médias empresas, expremidas entre a incapacidade de fixação de preços e as altas taxas de juro vigentes em conjunturas estagflacionárias, são, em muitos casos, compelidas a sair do mercado, como prova o aumento do número de concordatas ocorrido entre 1981 e 1984. No entanto, pressupõe-se que o efeito líquido deste movimento das grandes e pequenas empresas, em todos os ramos de atividade, ao longo das crises determine uma redução relativa da massa de salários em relação à massa de lucros.

A partir destas considerações, não é possível afirmar categoricamente que os lucros constituem "a priori" uma melhor base de incidência para as receitas previdenciárias, em função de sua resistência à queda ser superior a da massa de salários nas conjunturas recessivas. Mesmo sendo, em tese, verdadeira, uma proposta baseada nessa assertiva necessitaria de testes de consistência para sua transformação efetiva em políticas de taxação da Previdência Social..

De qualquer forma, é correto afirmar que o crescimento continuado do emprego e da renda, ao longo dos anos setenta, garantiu, em certa medida, forte crescimento dos recursos à disposição desses fundos. No entanto, qualquer alteração da política econômica que implique na redução da atividade produtiva, ou na consequente queda nos níveis de emprego e na massa salarial, é suficiente para desestabilizar esses mecanismos. Foi assim que a política de estabilização praticada ao longo da crise recente, impôs, além da queda dos níveis de poupança, emprego e salários, fortes restrições ao financiamento das políticas sociais que deveriam fazer frente a estas mesmas condições de agravamento.

"Assim, o paradoxo da montagem de mecanismos financeiros para a política social, como os aqui descritos, não é somente aberrante nas conjunturas econômicas favoráveis, mas acentua-se nos momentos de crise. Contraditoriamente, a intervenção estatal nas questões sociais debilita-se justamente nos momentos em que a demanda aumenta, em função da deterioração

das " condições de vida das camadas de baixa renda nessas conjunturas" (17).

Feitas essas considerações de ordem mais estrutural, passaremos a descrever os limites específicos de cada uma das fontes de custeio das política de saúde no Brasil.

### III.2.1 - Os Limites Relativos ao Orçamento Fiscal da União.

A primeira questão a ser mencionada, refere-se ao baixo grau de progressividade da carga tributária federal, que é a principal fonte de financiamento do orçamento fiscal da União. Nas palavras de Serra, "... a carga tributária mais elevada incide sobre aqueles que recebem menos de 1 salário mínimo mensal, os quais destinam 36% de seus rendimentos ao pagamento de impostos; a menor carga tributária incide sobre os que ganham mais de 100 salários mínimos por mês: cerca de 14%. Entre ambas as classes, o volume de impostos como proporção da renda declina continuamente" (18). Como quase 70% da população, em média, tem recebido menos de dois salários mínimos mensais (cerca de US\$ 106,00 em novembro de 1987), são justamente estes que contribuem mais na composição dos recursos do orçamento fiscal.

Por outro lado, a participação do Ministério da Saúde na despesa geral da União tem sido irrisória. A tabela III.10 mostra que entre 1970 e 1984 ela nunca alcançou 1,9%. Em 1985 essa participação se elevou para além dos 2%, embora tivesse retornado a cair em 1986, basicamente em função do largo aumento dos gastos totais do tesouro frente ao pequeno aumento dos gastos em saúde. Parte desse aumento recente se deve a incorporação de recursos vinculados do FINSOCIAL no orçamento de Saúde. Em 1986, por exemplo, eles representavam 42,4% das receitas do Ministério (tabela III.11).

Isto faz com que programas que são de exclusiva competência do Ministério da Saúde, como fiscalização e inspeção sanitária, controle de doenças transmissíveis e produtos profiláticos e terapêuticos, detenham participação insuficiente em face de suas reais necessidades (tabela III.21). A tabela III.10 mostra o reduzido peso dos programas do Ministério da saúde no orçamento geral da União.

Por todos esses motivos, os recursos do orçamento fiscal não tem funcionado como mecanismos adequados de financiamento do setor, dada a reduzida quantia que é destinada aos programas de saúde de corte coletivo. A redução dos gastos em saúde pública ocorreu a despeito de uma deterioração das condições de saúde da população, dada a adoção de um modelo, nos últimos vinte anos, privilegiou a atenção médico-hospitalar de corte tecnificado. Somente nos anos mais recentes (a partir de 1985) é que os programas de alcance coletivo em saúde voltaram a ter aumentos reais em seus níveis de gasto.

- Cabe, portanto, refletir sobre: como gastar mais (e melhor) com os programas de atenção coletiva no campo da saúde sem que os programas de assistência médico-hospitalar deixem de estar adequados? A decisão de aumentar o gasto em saúde pública é, antes de tudo, uma decisão política, na qual a participação dos segmentos organizados da sociedade poderá ter peso decisivo na fixação de um volume de gasto nos programas de saúde que, historicamente, tem sido menos contemplados, a despeito de sua carência. Provavelmente, uma maior integração dos programas de saúde entre si e com outros setores de política social, tanto funcionalmente como orçamentariamente, poderá trazer vantagens relacionadas ao redimensionamento do gasto em saúde.

### III.2.2 - Limites Relativos aos Recursos do FPAS

Os principais bloqueios verificados nos mecanismos de captação de receitas do FPAS e sua aplicação no campo da saúde podem ser sintetizados da seguinte forma (19):

a) - O crescimento dos recursos a disposição do setor de atenção à saúde e, portanto, a ampliação em tese do alcance dessa política se devem, sem dúvida, ao crescimento extraordinário das receitas previdenciárias e, particularmente, do item contribuições compulsórias.

b) - Estando as contribuições compulsórias, suporte principal das receitas previdenciárias, diretamente amarradas aos salários, o seu crescimento ao longo da década ficou dependente da velocidade de incorporação de parcelas da população ainda não cobertas e do crescimento do número de empregos. Essa observação se deve ao fato de que o crescimento real dos salários, especialmente os de base, foi obstaculizado pela política salarial vigente até 1984. Com isso, no início da crise, as receitas previdenciárias tenderam a cair, mostrando a fragilidade da sustentação dessas políticas nas conjunturas recessivas.

c) - A receita das contribuições compulsórias, calculada principalmente sobre a folha de salários da população urbana, onera os custos da mão-de-obra, elevando o custo relativo do trabalho. Com isso, as empresas que utilizam mais de mão-de-obra, geralmente as mais débeis e menos tecnificadas, tendem a ficar mais oneradas, o que ameaça a estabilidade delas nos momentos recessivos da economia. Ao mesmo tempo, este fato gera inadimplência dessas empresas com a Previdência nestas conjunturas, rebaixando ainda mais a massa de recursos captados nesses períodos.

d) - Os gastos com assistência médica da Previdência tendem a se contrair nos momentos de crise em proporção superior que os gastos em benefícios. Isto ocorre por que aposentadorias e pensões são compromettimentos fixos que tem que ser assumidos pela

máquina previdenciária. Nas conjunturas de crise, ao mesmo tempo em que aumentam as demandas por pensões (20), reduz-se a arrecadação da Previdência. Nesse contexto, os gastos com assistência médica funcionam como um resíduo que flutua na medida em que são dados os gastos com benefícios. É por isso que a participação do INAMPS na receita do SINPAS chegou aos seus níveis mais baixos nos anos da crise recente, especialmente em 1983 (tabela III.4).

e) - Na medida em que o INAMPS começou paulatinamente a incorporar novas clientela não diretamente contribuintes, como os atendimentos de urgência (PPA), os trabalhadores rurais (FUNRURAL), etc., começaram a surgir problemas de iniquidade entre os mecanismos de cobertura das novas clientela. O caso mais gritante foi o do FUNRURAL, que mesmo tendo que transferir recursos da previdência urbana para os beneficiários rurais, não atendia satisfatoriamente a este segmento.

f) - As quedas progressivas das transferências da União e a inexistência de mecanismos de capitalização ou cálculo atuarial que permitam a existência de um fundo de reserva na Previdência, criam um problema financeiro latente na própria estrutura do SINPAS. Destaca-se, ainda, o fato já mencionado que a ausência da transferência dos recursos da União configura uma ruptura do contrato existente entre esta e todos os segurados. Vale destacar, no entanto, que muito poucos sistemas públicos de Previdência Social, ao nível internacional, utilizam sistemas de capitalização que permitam a formação de um patrimônio, tendo em vista a sustentação futura dos segurados. Isto faz com que, na ausência de um planejamento atuarial, o sistema tenha que baixar a qualidade de seus benefícios e serviços, ao longo de uma crise prolongada (21). Isto não ocorreria com sistemas de previdência fechada que, em função do pequeno número de segurados tem mais êxito no planejamento de suas finanças. No entanto, em conjunturas inflacionárias como as vividas pelo Brasil desde os anos setenta, as dificuldades de manutenção do equilíbrio do sistema são ainda maiores.

### III.2.3 - Limites Relativos aos Recursos do FAS

Os recursos do FAS, que em geral tem sido destinados a programas de investimento na área social, dependem, basicamente, da arrecadação das Loterias Federal, Esportiva e, recentemente, da Loto e também do repasse de recursos do Tesouro e de saldos operacionais da CEF. Na crise recente ocorreram dois movimentos que influenciaram o comportamento dessas receitas: de um lado, a paulatina retirada desses repasses da receita do Fundo e de outro, a redução do volume de apostas nas loteriais, em decorrência da queda de poder aquisitivo da população ao longo da crise.

Como demonstra a tabela III.7, os recursos postos a

disposição do FAS sofreram fortes reduções desde 1980. No caso do setor saúde, tais reduções ocorreram, não apenas em termos absolutos, mas também em relação ao montante global de recursos do Fundo. Enquanto os recursos do FAS cresciam (período 1974-1980), a canalização da maior parte dos recursos do Fundo para a rede privada, no que diz respeito à saúde, não favoreceu estratégias mais arrojadas de investimento público no setor. Com a crise dos anos oitenta, a redução real dos recursos do FAS não tem possibilitado os investimentos necessários às estratégias públicas de ampliação da rede de serviços.

Vale destacar, por outro lado, que, no setor saúde, aumenta a parcela de recursos repassados como financiamento, em detrimento da redução de recursos a fundo perdido, o que indica que recursos cada vez menores passaram a ser transferidos ao setor público que, geralmente, se utiliza de recursos a fundo perdido.

Os financiamentos do FAS, ao longo dos anos setenta e meados da década de oitenta, não obedeciam diretamente a algum programa ou lógica de investimento. O funcionamento de tipo "balcão", não permitia que fossem buscados critérios de equidade na repartição dos recursos. Assim, somente os Estados e Municípios que detinham alguma capacidade técnica ou política de barganha conseguiam assegurar maiores fatias desses recursos. Além de favorecer os Estados mais ricos (porque são esses que detêm capacidade técnica de apresentar os melhores projetos) tal procedimento incentivava práticas clientelistas e de favoritismo político.

#### III.2.4 - Limites Relativos aos Recursos dos Estados e Municípios

Os principais limites à expansão do gasto social das esferas estaduais e municipais, especialmente nos períodos recessivos, estão calcados nas quedas de arrecadação tributária e na decisão política dos administradores destas esferas.

No primeiro caso, as crises econômicas trazem limites ao aumento de arrecadação em todas as esferas de governo, com maior ou menor intensidade. Ao nível federal, como grande parte das receitas fiscais provém de impostos indiretos, que são facilmente repassados aos consumidores através dos preços, uma redução do consumo ou da produção, pode trazer reduções na carga fiscal superiores às existentes, caso a estrutura tributária fosse sustentada por impostos diretos. Isto, no entanto, só ocorreria se os impostos diretos fossem suficientemente progressivos, como forma de tributar em maior proporção as rendas mais elevadas e os lucros das empresas. Como já foi visto, em termos de tendência, a massa de lucros tende a cair menos que a massa de salários ao longo das crises. Portanto, impostos diretos, nessa perspectiva, também tenderiam a cair proporcionalmente menos do que os indiretos, os quais dependem mais do consumo assalariado do que do investimento, do consumo

produtivo (insumos) e do consumo capitalista. Isto porque o consumo capitalista é relativamente estável (mesmo nas crises) e, portanto, a crise não afeta a massa de impostos diretos a eles atribuída. Quanto aos investimentos e aos insumos, vale destacar que a maior parte deles tem isenções fiscais ou redutores da carga tributária como forma de baratear os custos de produção e estimular o crescimento.

Mas a existência de incentivos fiscais para as grandes empresas ou de deduções cedulares que beneficiam mais o rendimento das pessoas jurídicas, como ocorre no Brasil, não permitem que os impostos diretos tenham uma real equidade social no momento da arrecadação. Assim, se os impostos diretos incidem proporcionalmente mais nos salários do que nos lucros das empresas ambos, apesar de caírem, deverão ter comportamento distinto ao longo da crise.

Seja como for, no caso do Brasil, a maior parcela da receita provém de impostos indiretos que caem de acordo com a capacidade de consumo, ao longo das crises. Isso afeta diretamente as receitas estaduais e municipais que passam a ter parte de seus recursos vinculados a transferências federais (22) francamente decrescentes nas conjunturas recessivas.

Outra questão a destacar é a heterogeneidade de situações de dependência tributária da União entre as distintas unidades da Federação. Em 1983, enquanto Estados como o Acre detinham 87,8% de suas receitas derivadas destas transferências, outros como São Paulo apresentavam somente 7,5% de seus recursos oriundos de transferências federais (tabela III.12). Isso mostra que tais transferências constituem a principal fonte de receita de muitos Estados, especialmente aqueles mais carentes em termos de políticas de saúde.

Paralelamente, as receitas estaduais próprias, tem como base um imposto sobre consumo (ICM), o mesmo ocorrendo com as receitas municipais (ISS), o que traz os mesmos inconvenientes apontados acima.

Quanto ao segundo caso, as crises normalmente fazem com que muitos governos locais destinem seus fundos para outras prioridades, em detrimento das políticas sociais. Não é à toa que as redes estaduais de saúde seguem deterioradas e o gasto em saúde nestas esferas caiu 9,4% entre 1979 e 1984, como demonstra a tabela II.50 (capítulo II).

A centralização tributária da União e ausência de uma maior equidade de condições de financiamento do gasto local pela via da redistribuição fiscal tem impedido que os Estados e municípios, especialmente os mais pobres detenham recursos para alocar, com autonomia, seus fundos nos programas efetivamente prioritários. Somente as Secretarias Estaduais e Municipais maiores ou mais ricas podem promover programas com relativa independência.

Esses comentários demonstram a necessidade de uma maior regressividade na redistribuição dos fundos federais partilhados com estados e municípios, bem como a urgência em se estudar mecanismos de aumento compensatório das receitas das esferas locais mais empobrecidas, nas conjunturas recessivas.

### III.3 - AS POLITICAS DE SAUDE E OS MECANISMOS DE AJUSTE FRENTE A CRISE

Como foi descrito no capítulo II, a forma de enfrentamento e administração da crise dos anos oitenta foi feita através de um conjunto de diretrizes de política econômica que agravaram as condições de vida das populações de renda mais baixa, ao mesmo tempo em que obstaculizaram a expansão e continuidade do gasto estatal no campo social.

Pelo lado do gasto público federal, isto foi o resultado da adoção de uma política econômica estabilizadora para o enfrentamento da crise, onde o Governo Federal passou a atribuir ao deficit do setor público a responsabilidade pela aceleração do processo inflacionário. O deficit público, nesta visão, seria derivado do crescimento desordenado do setor público. Vários estudos demonstram, no entanto, que além do equívoco da visão oficial de como administrar a crise, ocorreram reduções reais de recursos naqueles setores que apresentam menor resistência, dentre os quais destacam-se as políticas de saúde.

Pelo lado da receita da previdência social, ocorreu fenômeno semelhante, ou seja, perda da capacidade real de gasto em função da queda das receitas que, em 1981, atingiram patamares inferiores aos de 1978.

Diante deste quadro de restrições, a gestão da política social e, particularmente, de saúde, viu-se diante da necessidade de tomar algumas medidas de ajuste, das quais as principais serão comentadas a seguir.

#### III.3.1 - Medidas de Ajuste no Campo da Receita

##### A) A Criação do FINSOCIAL

O FINSOCIAL foi criado e regulamentado em 25 de maio de 1982, através do dec-lei 1940, tendo em vista cobrir ações de natureza emergencial nos chamados setores sociais, justamente no momento em que a crise econômica assumia suas feições mais severas. Para financiar as ações dos Ministérios da área social, o Governo Federal resolveu criar uma fonte adicional de captação de recursos, que correspondia a 0,5% da receita bruta das empresas, instituições financeiras e sociedades seguradoras ou 5%

sobre o imposto de renda das empresas que apenas vendem serviços. No caso das empresas estatais isentas de imposto de renda essa contribuição é assegurada, a partir do cálculo fictício de uma declaração de imposto de renda.

As áreas consideradas prioritárias para investimento no novo Fundo foram alimentação, saúde, educação, habitação popular e amparo ao pequeno e médio produtor rural. A arrecadação passou a ser feita pelo Banco do Brasil e pela Caixa Econômica Federal e a administração ficou a cargo do BNDE, reformulado para Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social - BNDES, tendo em vista a nova função.

A principal intenção do Governo com a criação deste fundo foi, pelo menos ao nível retórico, apoiar o investimento necessário nos programas sociais abrangidos. Tais investimentos se destinariam não apenas à criação imediata de infra-estrutura, para resolver problemas emergenciais, como também garantir no longo prazo um crescimento auto-sustentado das inversões na área social, a partir de uma visão integrada dos diversos setores envolvidos.

Apesar destas intenções, vários problemas podem ser levantados no que diz respeito a operação e funcionamento do FINSOCIAL. Primeiramente, a maior parcela dos recursos arrecadados em nome do Fundo (meio por cento sobre a receita bruta das empresas) passou a constituir um novo imposto indireto que, repassado aos preços, eleva os níveis de inflação. A outra parcela (5% do imposto de renda devido das empresas que só vendem serviços) é pequena, apesar de tecnicamente ser melhor por incidir sobre um imposto direto.

Em segundo lugar, o BNDES nunca deteve a autonomia suficiente para administrar os recursos do Fundo. O FINSOCIAL foi, desde sua criação, se transformando paulatinamente em mais um instrumento de suplementação do míngua do orçamento fiscal. Em 1984, 21,1% dos recursos do Fundo já foram vinculados aos orçamentos dos ministérios que, de preferência, tivessem aplicações sociais. Em 1985 e 1986 essa participação aumentou para 80,4% e 96,3% e em 1987 estima-se que ela chegue aos 93,8% (23). Assim, o FINSOCIAL, criado com o nobre intuito de financiar o investimento, vem paulatinamente se transformando num programa de custeio às custas da retração real dos orçamentos dos Ministérios Sociais ou de programas de outros ministérios ligados a área social. Assim, o setor saúde que tinha sua real capacidade de inversão cada vez menor, não foi privilegiado com novos investimentos pelo FINSOCIAL, nas proporções desejáveis.

O setor saúde foi o terceiro a receber mais recursos deste Fundo, em todo o período 1982-1986. Depois de Alimentação e Nutrição (30,3%) e Apoio ao Pequeno e Médio Produtor (21,7%), foram destinados, em média, 19,7% dos recursos do FINSOCIAL para a área de saúde nestes cinco anos. A tabela III.13 mostra, no entanto, que a participação da saúde foi declinante entre 1982 e 1984 no que diz respeito a absorção de recursos. Em 1982 46,3%

dos recursos do Fundo foram aplicados no setor. Tal participação decresce para 16,9% em 1984, voltando a crescer em 1985 e 1986. Assim, nos anos mais duros da crise, a participação do FINSOCIAL no financiamento das ações de saúde foi declinante, o que não ocorre, por exemplo, com o programa de "apoio ao pequeno e médio produtor", cujos recursos evoluem de US\$ 68,4 milhões para US\$ 380,8 milhões entre 1982 e 1984. (tabela III.13) (24).

## B) - Medidas no Ambito da Previdência Social

Em 29/12/81, buscando evitar que a Previdência Social apresentasse em 1982 uma fantástica redução de suas receitas, semelhante a ocorrida em 1981, o Governo tomou uma série de medidas, cabendo destacar:

a) A contribuição dos empregados urbanos modifica-se. A alíquota única de 8% sobre os salários passa para outra que varia de 8,5% à 10,0%, de forma progressiva sobre o salário, até o teto de 20 salários mínimos; ou seja:

- Até 3	salários	mínimos.....	8,50%
- De 3 a 5	"	" .....	8,75%
- De 5 a 10	"	" .....	9,00%
- De 10 a 15	"	" .....	9,50%
- De 15 a 20	"	" .....	10,00%
- Mais de 20	"	" .....	10,00%

b) A contribuição das empresas urbanas passa 8% para 10% da folha total de salários, mantendo-se o teto de 20 salários mínimos. A incidência total das contribuições à previdência na folha de salário das empresas passou a ser dada pela soma das alíquotas correspondentes aos seguintes itens:

- Contrapartida empregador - regime geral.....	10,0%
- Contribuição p/ Previd. Rural.....	2,4%
- Salário Família.....	4,0%
- Auxílio Maternidade.....	0,3%
- 13o. Salário (média).....	1,5%
- Seg. Acidente de trabalho (varia conf. o risco da atividade, de 0,4% a 2,5% - média...)	1,8%

Cabe ressaltar, no entanto, que os órgãos públicos estão isentos de recolhimento da contribuição de 2,4% para a Previdência Rural; entidades filantrópicas não recolhem as contribuições de 10% (contra-partida empregador), de 2,4% para a Previdência Rural e de 4,0% para o salário-família. As empresas que utilizam trabalho temporário só recolhem contribuições para o regime geral e a taxa de acidentes de trabalho. Por fim, as associações desportivas, além dessas duas contribuições, recolhem a contribuição sobre o 13o. salário. Paralelamente, os espetáculos esportivos destinam, obrigatoriamente, 5% de sua renda líquida para a Previdência. Há ainda o caso dos servidores estatutários, cujos fundos tem que destinar 5% de sua arrecadação

A título de contribuição compulsória. Portanto, são muitos os casos excepcionais que incidem sobre tais contribuições.

c) Os trabalhadores autônomos, empregadores, ministros de profissão religiosa ou quaisquer outros contribuintes em dobro, como é o caso das empregadas domésticas, elevam sua contribuição de 16,0% para 19,2% sobre sua remuneração mensal estimada, de acordo com a tabela de salário base progressiva, em função do tempo de contribuição;

d) Para os aposentados e pensionistas, foi criada uma contribuição adicional de 3% sobre o benefício recebido, a qual foi extinta em 1986 pelo então Ministro de Previdência e Assistência Social Raphael de Almeida Magalhães.

### C) Outras Medidas Complementares no Campo da Receita do SINPAS

A chamada contribuição da União ao SINPAS tem sido, nos últimos anos, calculada a partir de recursos das loterias, competições hípicas, e contribuições sobre o preço ex-refinaria de combustíveis automotores, que constituem a chamada "Quota da Previdência". Com a paulatina redução desta contribuição e o surgimento de largos deficits operacionais do SINPAS (tabela III.14), tornou-se necessário reforçar os recursos dessa fonte.

O dec-lei 1867, de 1981, criou novos instrumentos tendo em vista ampliar estes recursos. Um destes instrumentos foi a ampliação da base de incidência das contribuições compulsórias das empresas junto ao SESI, SENAI, SESC e SENAC, destinando o excedente dessa arrecadação ao SINPAS, como contribuição da União. Esse instrumento, conhecido como "excesso de arrecadação sobre terceiros", constitui a principal transferência da União ao SINPAS.

A União ainda concedeu à Previdência um crédito orçamentário suplementar de 50 bilhões de cruzados, ao final de 1981 e permitiu a emissão de uma série especial de ORTNs, em abril de 1982, até o valor de 180 bilhões de cruzados, visando a redução do saldo devedor da Previdência junto à rede bancária. Com isso, o deficit do SINPAS se reverteu em superavit ainda em 1982.

No entanto, mesmo com todas estas medidas, as receitas previdenciárias tornam a cair em 1983, acumulando novos deficits nos dois anos que se seguem, como mostra a tabela III.14.

Com a retomada do crescimento em finais de 1984, a elevação dos níveis de emprego e dos salários foram capazes, por si só, de auto-sustentar a elevação das receitas e a eliminação dos deficits acumulados anteriormente. Mesmo assim, tanto a administração Waldir Pires como a de Raphael de Almeida Magalhães tomaram algumas medidas de importância neste campo, cabendo destacar:

a) O combate as fraudes existentes no campo da arrecadação, bem como as inadimplências que muitas empresas detinham, acumuladamente com a Previdência;

b) A diminuição do prazo de recolhimento bancário dos recursos da Previdência;

c) A aplicação financeira dos recursos disponíveis em caixa da previdência, o que resultou num forte aumento das receitas previdenciárias, principalmente em 1987, como será visto adiante.

### III.3.2 - Medidas de Ajuste no Campo da Despesa

Em termos gerais, os dados indicam que a maior estratégia de ajuste adotada no campo da despesa foi a redução do gasto social e, particularmente, de saúde, pelo menos até 1984. Isto diz respeito não apenas ao gasto orçamentário direto (União, Estados e Municípios), como também ao próprio gasto do INAMPS. A tabela III.4 mostra que depois de atingir US\$ 3,5 bilhões em 1978, a despesa do INAMPS cai constantemente, só voltando a se elevar em 1984, quando não atinge, sequer, os níveis existentes em 1976.

As despesas do INAMPS, que chegaram a representar 32,02% das receitas do SINPAS, em 1976, passam a ter participação relativa declinante, especialmente nos anos de 1982 e 1983, quando foram encontradas as mais baixas participações de toda a série. Com a recuperação da economia e o aumento das receitas em 1985, a despesa do INAMPS voltou a aumentar sua participação na receita do complexo previdenciário, o que pode ser melhor avaliado pelo fato daquele ano representar uma inversão da tendência deficitária da Previdência. Em 1985, a participação do INAMPS nas despesas do SINPAS chegou a 26,7%, caindo para 23,7% em 1986 e aumentando fortemente em 1987 (25).

De qualquer forma, nos anos de 1985 e 1986 foram reforçadas algumas estratégias de saneamento administrativo e financeiro da Previdência, cabendo destacar o combate às fraudes e à concessão de aposentadorias-fantasma. Apesar de não ter tido forte efeito na redução do gasto previdenciário, tais medidas tiveram um efeito psicológico importante junto à população.

No que diz respeito à assistência médica, iniciou-se, também forte combate as fraudes, especialmente no setor privado. Quanto a isso, importantes medidas foram tomadas em 1982, como a extinção do pagamento por unidade de serviço (fee for service) e a instituição do pagamento por procedimento. Isto possibilitou eliminar a principal forma de fraude existente, ou seja, a chamada "fraude técnica", na qual os serviços e terapias mais

sofisticadas, por remunerarem melhor, eram escolhidas em detrimento dos serviços e terapias mais simples. Mas, por outro lado, pode ter trazido um outro tipo de distorção, como segmentar as clientela do INAMPS e as clientela advindas de outros mecanismos de custeio em termos de acessibilidade ao consumo de serviços mais tecnificados.

A partir de 1985, com a administração Hésio Cordeiro, o INAMPS intensificou sua estratégia de combate as fraudes. A fraude mais comum, ou seja, a cobrança por procedimentos não realizados (pacientes-fantasma) ou por procedimentos mais simples que os realizados, foi reduzida; mas mesmo assim a forma contratual usada pelo INAMPS não permite um perfeito acompanhamento e controle dos convênios efetuados com os prestadores privados, o que faz com que as fraudes ainda sejam bem frequentes.

Por outro lado, o INAMPS, nos últimos três anos tem reduzido sistematicamente o valor real dos pagamentos efetuados a rede privada, o que cria estímulos ainda maiores para a permanência de fraudes "consentidas" pelo sistema. Ao mesmo tempo, o INAMPS, ao que parece, tem ratificado a atual política de compras de serviço, pois espera uma profunda mudança nas relações contratuais com o setor privado, para que possa redefinir orçamentária e financeiramente sua relação com esses prestadores. A relação contratual existente até 1987 não permitia uma supervisão direta das ações contratadas por parte do INAMPS. A proposta em curso é a de estabelecimento de um "contrato-padrão" de direito público, no qual o contratado tenha que se submeter à ação normativa e fiscalizadora da instituição pública contratante. Nesta perspectiva o setor público, seja ele o INAMPS, seja a secretaria executiva de uma rede estadual ou municipal unificada e descentralizada de saúde poderia credenciar e descredenciar o estabelecimento contratado, impor normas relativas ao nível de prestação de serviços solicitados, auditar as contas destes estabelecimentos, ou seja, subordinar o funcionamento deste estabelecimento ao controle do setor público, a partir do momento em que fosse assinado o contrato.

O fortalecimento das estratégias já iniciadas anteriormente de regionalização e hierarquização dos serviços, através dos recursos do INAMPS, em especial do Programa de Ações Integradas de Saúde, parece ter sido outra estratégia que aponta no caminho de uma melhor distribuição do gasto, mediante a utilização da capacidade instalada já existente na rede pública dos Estados e Municípios. Tais programas fizeram com que os recursos do INAMPS fossem sendo transferidos em maior proporção para a rede pública, o que, frente aos resultados, deve ser avaliado positivamente em seus efeitos.

#### III.4 - O GASTO EM SAÚDE NO CONTEXTO DA CRISE

Nas seções anteriores foi dada uma visão geral de como se desenrolou a crise econômica, seus impactos nos níveis de receita, os mecanismos de ajuste utilizados para repor o nível de ingressos governamentais e seus efeitos nos recursos alocados nos programas sociais e, particularmente de saúde. O objetivo desta seção é descrever os efeitos da crise econômica nos mecanismos de gasto em saúde no Brasil.

Para tal, a análise será dividida em seis blocos. No primeiro, será descrita a natureza do gasto em saúde do Governo Federal. No segundo, tal análise será voltada para os principais subprogramas de implementação de medidas nessa esfera. Buscar-se-á analisar, integradamente, o gasto do Ministério da Saúde, do INAMPS e dos Fundos Sociais utilizados nos programas de saúde. A análise será restrita ao período da crise econômica. No terceiro será feito um estudo específico sobre a natureza do gasto do INAMPS. No quarto, outro estudo relacionado a natureza do gasto em saúde dos Fundos Sociais (FAS e FINSOCIAL). No quinto bloco, será analisado o dispêndio global federal em saúde a partir das principais características econômicas da despesa (custeio, investimento, transferências, etc.). Por fim, no sexto bloco, serão estudados os gastos em saúde dos Estados e Municípios, também por sub-programas, com destaque para o período 1979-1984.

Em termos gerais, existe grande dificuldade em se agregar uma estimativa global para o gasto em saúde no Brasil. No entanto, a partir das informações disponíveis, tentar-se-á construir uma estimativa que reflita, em grandes linhas o perfil existente em 1986, bem como algumas hipóteses desejáveis sobre o comportamento dos gastos em saúde.

#### III.4.1 - O Gasto Federal com Saúde no Brasil

Apesar de atingir US\$ 4,4 bilhões em 1986, o gasto público federal com saúde não pode ser considerado alto, haja visto que ele constitui a principal fonte de custeio das ações de saúde no Brasil. Estes US\$ 4,4 bilhões representavam 1,67% do Produto Interno Bruto de 1986.

Ao longo da crise que se estende de 1980 a 1986, a participação do gasto federal em saúde nunca foi muito mais elevada do que tal proporção. Como mostra a tabela III.20, o máximo que atingiu foi 1,84% do PIB em 1982 e o mínimo foi obtido no ano seguinte (1,56%).

De qualquer forma o gasto federal em saúde per-cápita é declinante entre 1980 e 1983, passando de US\$ 35,64 para US\$ 26,63, em termos anuais entre estes dois anos, respectivamente. Em 1984 inicia-se uma pequena recuperação do montante per-cápita gasto com saúde pelo Governo Federal. Tal recuperação, que se prolonga pelos dois anos seguintes, não chega a ser suficiente

para repor o patamar de gasto por habitante existente em 1982 (tabela III.20). Em 1986 gastava-se US\$ 31,85 por habitante ano com saúde, no nível federal.

Nestes anos de crise, o gasto federal em saúde sofre algumas mudanças significativas em sua composição interna. Em 1980 somente 12,9% dos recursos federais provinham de fundos do Tesouro. A maior parcela dos recursos (85,1%) era representada pelos aportes do Fundo de Previdência e Assistência Social (FPAS). A partir de então, podem ser identificadas as seguintes mudanças na estrutura, conforme a tabela III.19-A.

a) - Aumento da participação da fonte Tesouro que, em 1986 já passa a representar 21,8% do gasto federal em saúde, em grande medida favorecida pelos aportes orçamentários do FINSOCIAL.

b) - Perda de importância relativa dos recursos do FPAS que, em 1986 correspondiam a 77,7% do total da despesa da União com saúde, contra os 85,1% de participação que detinham em 1980;

c) - Redução gradativa da importância dos recursos do FAS a disposição do setor.

Apesar destas mudanças não terem invertido o peso dos recursos do FPAS como principal fonte de custeio no setor, ao nível federal, pode-se dizer que elas aumentaram significativamente a participação do Tesouro. Esta fonte, por sua vez, teve como principal adicional o aporte de recursos do FINSOCIAL. Os recursos desse fundo ingressam, não somente de forma independente, através do BNDES (como mostra a tabela III.19), mas também de forma vinculada ao orçamento ordinário de órgãos como o Ministério da Saúde. Pode-se dizer, ainda, que cada vez mais o FINSOCIAL tem sido responsável por grande parcela dos recursos do Ministério da Saúde (42,4% em 1986) como mostra a tabela III.11.

A crise econômica representou grandes perdas de recursos para o setor saúde. Como mostra a tabela III.19-B, entre 1980 e 1984, o gasto federal total com saúde se contraiu a uma taxa de 4,3% ao ano, sendo que os recursos ordinários vinculados e os do FPAS foram os principais responsáveis por essa queda. Já no período 1984/1986, ocorre forte recuperação do volume de gastos, com um crescimento anual médio de 11% no período. Embora os recursos do FPAS tenham crescido apenas em 8,1% ao ano, os gastos do Tesouro se incrementaram a uma taxa de 28,6% ao ano neste intervalo de tempo.

A análise que se depreende destas tabelas mostra que, nos períodos de crise quando as demandas sociais são maiores, as despesas federais com saúde se reduzem em função das necessidades de dar resposta à contração das receitas. Isto reflete alguns dos problemas já mencionados anteriormente: a instabilidade das fontes de recursos não garante sustentação das políticas sociais (e, em particular dos programas de saúde) nos momentos de crise.

É necessário, portanto, buscar fontes mais estáveis de financiamento destas políticas para que o papel "compensatório" destas apareça como relevante nas conjunturas recessivas.

#### III.4.2 - O Gasto Federal em Saúde por Sub-Programas

Ao observar o comportamento do gasto federal (do Tesouro) com saúde, a partir de 1978, nota-se que de 1978 a 1980 ele já era declinante (tabela III.21). Em outras palavras, mesmo antes do país mergulhar na crise econômica, que o Governo Federal vinha reduzindo sua parcela de gasto público com saúde, haja vista a participação cada vez mais reduzida do Ministério da Saúde no Orçamento Geral da União.

Mais interessante, ainda, é que nos anos mais duros da crise, particularmente em 1981, o gasto federal com saúde recomeça a crescer, embora não tenha atingido, em 1982, o nível existente em 1979. Em 1983 e 1984, a despesa federal com saúde retorna a baixar, só voltando a crescer em 1985 e 1986, quando atinge os níveis reais mais elevados da história recente. Com efeito, o gasto federal em 1986 foi US\$ 943,3 milhões; 37% mais elevado que o de 1978 que foi o ponto mais alto atingido antes da crise dos anos oitenta.

Tradicionalmente, os recursos do Tesouro na área de saúde tem sido utilizados para financiar as chamadas ações de alcance coletivo, enquanto que os fundos da previdência são voltados para as ações de assistência médica. Tal tradição, no entanto, não correspondeu ao desempenho efetivo do gasto do Tesouro em saúde ao longo da crise.

Ao observar a tabela III.21-A, nota-se que os programas de assistência médica, que já absorviam 33% dos recursos do tesouro desembolsados com saúde em 1978, passaram a absorver em 1984 quase 50% do gasto. Tais programas correspondem ao desembolso com os hospitais militares, os hospitais de referência do Ministério da Saúde, a rede assistencial da Fundação SESP e os hospitais universitários.

Este aumento relativo do gasto com os programas de assistência médica teve reflexos na redução relativa dos recursos destinados aos programas de atenção coletiva nos anos de crise. Programas de grande importância, como os de controle e erradicação de doenças transmissíveis tiveram seus recursos reduzidos de 20,8%, em 1978 para 14,6%, em 1984. No primeiro ano, gastou-se US\$ 143,3 milhões com este programa, enquanto que em 1984 foi desembolsado pouco mais da metade desses recursos para sua execução.

Este descaso com os programas de controle e erradicação de doenças transmissíveis, associado aos intensos fluxos

migratórios ainda observados nos anos oitenta, responde, em parte, pelos 500 mil casos de malária detectados em 1985; pelo aumento contínuo dos registros de poliomielite desde 1983, pela persistência de casos localizados de leptospirose, febre maculosa, hepatite b e hanseníase. A recente epidemia de dengue, com a proliferação do mosquito *aedys aegypti*, que havia desaparecido de nosso cenário epidemiológico há décadas, pegou desprevenida não só a população, mas também os serviços de saúde federais, estaduais e municipais, colocando a população na eminência de ser atacada por uma epidemia de febre amarela, a qual se pressupunha erradicada desde os idos de Oswaldo Cruz.

Outros programas de atenção coletiva, como os de fiscalização e inspeção sanitária e de produtos profiláticos e terapêuticos tiveram seus recursos reduzidos, não só do ponto de vista absoluto como relativo.

Em 1985 e 1986 observa-se uma retomada na importância dos programas sobre a coletividade e sobre o meio. O programa "Controle e Erradicação de Doenças Transmissíveis", que respondia por 13,9% dos gastos do tesouro com a função saúde em 1984, passa a deter 23,3% do total de recursos. O mesmo acontece com programas como "fiscalização e inspeção sanitária" e "produtos profiláticos e terapêuticos", que aumentam não só o montante a sua disposição como o peso relativo no total dos gastos. Ao mesmo tempo, reduz-se a participação relativa da assistência médica na massa de recursos do Tesouro.

Tal fato representa um importante redirecionamento de prioridades esquecidas pelos governos militares no campo da saúde. Mas não invalida a advertência sobre a necessidade de investir mais recursos nesse campo, tendo em vista cobrir o atraso que nos encontramos no controle sanitário de endemias facilmente erradicadas a partir do emprego de técnicas simples e baratas.

#### III.4.3 - Comentários sobre o gasto do INAMPS

Nos anos de crise, a estrutura do gasto do INAMPS não se modificou substancialmente. Como mostram as tabelas III.22 e III.22-A, parece ter havido, naqueles anos, um ligeiro aumento dos gastos com assistência médica sobre o total dos gastos da instituição, até 1984, tendência que se inverte particularmente nos anos de 1985 e 1986.

Quanto aos gastos com assistência médica propriamente ditos, vale destacar que, ao longo da crise, o peso dos serviços privados contratados no total dos recursos consumidos permanece alto. Em 1981, 55% dos recursos do INAMPS eram desembolsados com pagamento de prestadores privados. Adicionando-se os convênios com as filantrópicas, com os sindicatos e as empresas, essa

proporção chegava a 65% naquele mesmo ano. Em 1984, essas cifras eram 58,3% e 62,4%, respectivamente. Portanto, não pode ser vislumbrado, ao longo da crise, nenhum esforço no sentido de redirecionar a composição interna do gasto em assistência médica do INAMPS.

Tal esforço só é sentido a partir de 1985, quando efetivamente aumentam os recursos gastos com serviços próprios e custeio da assistência médica de outros órgãos governamentais. A parcela transferida ao setor privado, que se reduziu para 43,8% em 1986, se deve não a uma diminuição do volume de contratos, mas sim a não atualização do valor real desse contratos. Os recursos gastos com serviços próprios, outros órgãos governamentais e hospitais universitários já chegavam a 42,3% da despesa do INAMPS em 1986, quando em 1984 eles não passavam dos 26,5%.

Vale dizer também que, a partir do CONASP surge, em 1983, um programa específico intitulado "Reorganização e Racionalização da Assistência Médica" que passa a absorver parcela significativa de recursos do INAMPS. Em 1983 esse programa gastou US\$ 17,0 milhões. Em 1985 ele já desembolsava US\$ 79 milhões. Certamente que os gastos nesta linha irão culminar com o processo de estadualização da rede do INAMPS, ora em curso, e com a reforma administrativa da Direção do órgão e sua transferência para Brasília, nos anos de 1987 e 1988.

O aumento de recursos do programa "Custeio da Assistência Médica de Outros Órgãos Governamentais", a partir de 1984, foi bastante significativo. Em 1983 somente 4,6% dos recursos do INAMPS eram canalizados para o programa. Em 1986 este percentual se elevou para 10,6%. Este rápido aumento se deve ao desenvolvimento de programas como os de Ações Integradas de Saúde (AIS) que tem, como finalidade básica, repassar recursos para o custeio da rede pública de saúde dos Estados e Municípios. Recentemente a criação dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS) ao nível dos Estados tem respondido por uma parcela cada vez maior de recursos do INAMPS transferidos para esses programas.

Nos anos recentes - 1985 e 1986 - aumentam também os recursos transferidos aos hospitais universitários, tendo em vista reforçar os programas de atendimento universal destes hospitais. Assim, esses estabelecimentos que em 1984 recebiam 2,7% do volume de gastos do INAMPS passam a receber 4,4% desses recursos em 1986. Vale dizer, no entanto, que os hospitais universitários, no âmbito do setor público, são os que mais tem se preocupado com questões relacionadas a eficiência da rede prestadora, tendo iniciado programas de avaliação e controle dos custos hospitalares.

Ao que tudo indica, portanto, o INAMPS vem, nos últimos anos, redirecionando sua atividade para um melhor aproveitamento da rede pública de serviços e uma efetiva descentralização de suas ações, com maior autonomia dos Estados e Municípios na gestão de recursos do órgão. Mas apesar da redução dos recursos

repassados para a rede privada, a relação entre o setor público e os prestadores particulares de serviços é um capítulo inconcluso na história recente do órgão.

Conforme pode ser visto nos relatórios da Comissão Nacional de Reforma Sanitária, "Ao longo dos anos de 1985 e 1986 o INAMPS conseguiu aumentar os gastos com a rede pública em função do aumento das receitas previdenciárias e da defasagem do valor do pagamento aos custos do setor privado. O emagrecimento provável das receitas previdenciárias em 1987 e a grita generalizada de órgãos como a Federação Brasileira de Hospitais (FBH) torna imperiosa uma decisão sobre o assunto e uma opção de política. O atual quadro envolve gestões em questões relacionadas à falta de recursos; a redefinição da política de compras de serviços e ao estudo de uma cobertura mais adequada. Por outro lado, a frouxidão dos mecanismos de controle faz com que haja uma permissividade técnica com relação à "fraude consentida", mas cria condições para que aumente a fraude criminal" (26). Estas questões tornam imperiosa a necessidade de estabelecer uma nova relação contratual com o setor privado - um contrato padrão de direito público - que além de estabelecer critérios de conveniamento e fiscalização das ações, permita reajustar condignamente os preços dos serviços contratados.

Certamente que tal relação não poderá mais se basear no constante aviltamento dos preços das tabelas de serviços, mas deverá, ao contrário, se basear numa nova relação contratual entre estes dois setores. O grande problema, quanto a este ponto, é a imensa dependência que o setor público ainda detém, com relação ao setor privado, especialmente no que se refere aos serviços hospitalares. Além da maioria dos leitos de internação serem privados, em algumas regiões ou especialidades médicas, a quase totalidade dos leitos de internação é privada. Como o setor privado vem fazendo um esforço de diversificação de mercados, tendo em vista diminuir a dependência financeira do INAMPS, é possível que, em alguns casos, ele se encontre em melhores condições para negociar sua permanência no setor público, e não o contrário.

#### III.4.4 - Comentários sobre o gasto em saúde do FAS e do FINSOCIAL

Como já foi visto anteriormente, os recursos do FINSOCIAL foram, nos últimos anos, progressivamente incorporados, de forma vinculada, ao Orçamento dos Ministérios Sociais, sem passar pela sua instância gestora, ou seja, o BNDES. Essa perda paulatina de autonomia do BNDES na gestão dos recursos do FINSOCIAL acarretou num esvaziamento das transferências de recursos negociadas a partir deste fundo.

No que diz respeito aos gastos com saúde, em 1982 foram negociados diretamente com o setor US\$ 365,4 milhões, o que

representava 41 % dos recursos do FINSOCIAL. Em 1985, a parcela negociada não alcançou os US\$ 71,0 milhões e isto não chegava a 25% dos recursos do fundo a disposição do BNDES. Em 1986 não foi registrada nenhuma transferência negociada de recursos do FINSOCIAL para o setor saúde (tabela III.23).

A transferência automática de recursos do FINSOCIAL para os Ministérios apresenta aspectos negativos, tais como:

a) - O Governo Federal se desobriga, parcialmente, a prover novas fontes de sustentação orçamentária dos Ministérios da área social;

b) - Os recursos que, nas mãos do BNDES poderiam ser negociados em termos de projetos de investimento são, nas mãos dos Ministérios, canalizados para custeio, o que não contribui para reaquecer a capacidade instalada do setor que se encontra bastante deteriorada. Tal fato, além de mascarar a questão das prioridades de alocação dos recursos, permite que muitos ministérios e setores governamentais utilizem o aporte adicional de recursos de forma clientelista e com baixo retorno social.

No que diz respeito aos recursos do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS), observa-se uma forte contração real dos recursos postos a disposição do setor saúde. Em 1981, tais recursos chegaram a US\$ 87,0 milhões (tabela III.24). Já em 1986 eles não passavam dos US\$ 23,1 milhões. Em termos relativos essa redução não foi tão grande. Os recursos do FAS em 1981 chegavam a US\$ 321,1 milhões. Com a crise, tais recursos se reduziram bastante e em 1986 chegavam a apenas US\$ 94,4 milhões. Com isso, a participação relativa dos recursos transferidos para o setor saúde nos dispêndios globais do FAS caiu de 27,1% para apenas 24,4% (27).

Os recursos do FAS, no campo da saúde, tem sido utilizados prioritariamente no aumento da capacidade instalada, tanto do setor público como do setor privado. Sua redução parece bastante grave, justamente num período onde é necessário injetar recursos para reaquecer a rede existente que se encontra em rápido processo de deterioração.

Cabe observar, ainda, que nos últimos anos vem ocorrendo uma forte redução dos recursos repassados a fundo perdido (geralmente associados a projetos do setor público) ao lado de um aumento da parcela de recursos destinados a financiamento. Isto mostra que, mesmo nos anos recentes, o setor público não vem sendo contemplado com recursos adicionais para ampliação e melhoria de sua capacidade instalada.

#### III.4.5 - O Gasto Global Em Saúde por Categoria Econômica

Uma outra forma de visualizar o decréscimo dos gastos com saúde ao longo da crise é analisá-lo a partir da natureza econômica da despesa. A tabela III.25 mostra que o gasto federal global com saúde sofreu um decréscimo real de 19,7% entre 1980 e 1983. Considera-se gasto federal global a soma dos recursos do Tesouro, do FPAS, do FAS, do FINSOCIAL e de outras fontes de menor importância. A partir de 1984 ele começa a se recuperar lentamente, alcançando 4,4 bilhões de dólares em 1986; quantia superior ao desembolso de 1980.

Nesta seção utilizou-se a seguinte classificação econômica da despesa: despesas de CUSTEIO, destacando-se as de Pessoal e Serviços pagos a Terceiros; as TRANSFERENCIAS CORRENTES, destacando-se as Intragovernamentais (entre níveis diferentes de uma mesma esfera de Governo) e as Intergovernamentais (entre diferentes esferas de Governo); os INVESTIMENTOS, as INVERSOES FINANCEIRAS e as TRANSFERENCIAS DE CAPITAL.

Entre 1980 e 1986 observa-se uma constante queda relativa das despesas de custeio na massa total de recursos do setor saúde. Estas, que representavam 86,1% do gasto total em saúde em 1980 passam a conter apenas 65,2% desse gasto em 1986 (ver tabela III.25 e III.25-A). A principal hipótese relacionada a esta queda refere-se a perda de importância dos serviços de terceiros que é o principal item de gasto no total de custeio.

No setor saúde, os serviços pagos a terceiros respondem pela compra de serviços, através de contratos e convênios do INAMPS com o setor privado. Os serviços pagos a terceiros representavam 63,0% do gasto total em saúde em 1980 mas em 1986, respondiam apenas por 36,1%. Na medida em que o INAMPS é o principal responsável por esta despesa, pode-se dizer que a redução do valor das tabelas de pagamento dos prestadores privados e a efetiva redução relativa dos contratos com o setor privado tem sido o principal elemento responsável pela queda das despesas de custeio.

Outro item de grande importância nas despesas de custeio - o item Pessoal - tem tido crescimento quase que constante no período, o que pode estar associado ao rápido aumento da força de trabalho em saúde no setor público. Os gastos em pessoal evoluem de 16,4% para 21,7% do total do gasto federal em saúde, entre 1980 e 1986.

A redução das despesas de custeio tem sido contrabalançada pelo aumento das despesas com transferências correntes. Estas representavam apenas 9,5% do volume de gastos em 1980, enquanto em 1986 passam a englobar 28,4% das despesas federais com saúde. Este rápido aumento do peso das transferências tem como principais elementos indutores as transferências intra-governamentais e as transferências intergovernamentais.

Em 1980, as transferências intra-governamentais

respondiam por 5,5% dos gastos federais em saúde. Em 1986 elas passam a representar 11,3% destes gastos. Este aumento certamente se deve ao aumento das transferências de recursos do INAMPS para os hospitais universitários, para o Ministério da Saúde e para outros órgãos federais, nos marcos das ações integradas de saúde.

No caso das transferências intergovernamentais, cabe mencionar que estas representavam apenas 1,2% dos gastos federais em saúde no ano de 1980. Em 1986, com 10,7% desses gastos, tais transferências respondem pelos repasses de recursos do INAMPS e do Ministério da Saúde às redes estaduais e municipais, tendo em vista as estratégias de descentralização que se iniciaram com o programa de Ações Integradas de Saúde. Assim, é possível que nos próximos anos, (desde que continue a estratégia de estadualização posta em marcha pelo INAMPS) as transferências intergovernamentais em saúde assumam proporções cada vez maiores.

Com relação ao investimento, vale destacar que sua participação é irrisória no que diz respeito às necessidades do setor. Estimativas feitas recentemente, indicam que para manter o nível de reposição da capacidade instalada, sem depreciar a rede existente, a taxa de investimento deveria ser de 11,0%. Entre 1980 e 1986, o investimento oscilou entre 2,8% e 2,9% dos gastos globais, o que indica que, além de não estar existindo investimento líquido, o volume de recursos jogados nesta rubrica não é capaz de manter em bom estado a rede atualmente existente.

Tal situação é de extrema gravidade e necessita que sejam tomadas medidas de emergência para que não haja destruição ainda maior do parque hospitalar-ambulatorial existente no país, a partir do setor público.

Pela tabela III.26, pode-se observar que o INAMPS é responsável pela maior fatia do gasto global em saúde no Brasil. No entanto, tal participação vem declinando nos últimos anos. Em 1980, 85,1% da despesa federal com saúde era realizada pelo INAMPS. Em 1986 essa participação se reduziu para 77,7%. Isto demonstra o esforço recente (1985 e 1986) dos órgãos federais em conferir, através do orçamento do Tesouro, maiores aportes de recursos para o setor.

No que diz respeito as despesas de custeio, observa-se que, apesar de declinante, o INAMPS respondia por quase 90,0% destes gastos em 1986. Isto se deve ao grande peso dos serviços pagos a terceiros, que é praticamente, uma despesa exclusiva do INAMPS, embora se deva também aos gastos de pessoal que em 1986 eram em 83,2% cobertos pelo INAMPS.

Com relação às transferências e aos investimentos, vale dizer que o INAMPS vem detendo participação crescente, embora bastante inferior ao nível de cobertura verificado nas despesas de custeio. O INAMPS cobria apenas 50,0% do investimento em saúde em 1986. Em 1984 esta participação não chegava a 20%. Vale dizer, no entanto, que as transferências do INAMPS a outras

esferas do setor público constitui formas indiretas de financiamento do investimento, notadamente no que diz respeito aos Estados e Municípios.

Portanto, o papel do INAMPS tem sido determinante no que diz respeito ao custeio dos sistemas de saúde no Brasil. Quanto aos investimentos, é necessário que se crie uma estrutura responsável pela canalização de recursos e pela escolha de prioridades nesse campo. Os investimentos feitos no setor até 1984 concentraram-se, basicamente na rede ambulatorial pública, seja no Nordeste (Investimentos do Ministério da Saúde através do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento - PIASS) seja a partir do crescimento geral da rede de Postos de Assistência Médica - PAM's do INAMPS.

#### III.4.6 - O Gasto em Saúde ao Nível Estadual e Municipal.

Em 1979, o gasto dos Estados com os programas de saúde chegava a US\$ 964,1 milhões. Isto equivalia a 6,04% do dispêndio total daquelas esferas, o que era, sem vias de dúvida, mais do que o desembolsado, em termos relativos, pelo orçamento federal. Com a crise econômica dos anos oitenta, o gasto estadual com saúde se retraiu em 9,4%, passando para US\$ 874,0 milhões em 1984. Naquele ano, isto correspondia a 5,98% do total das despesas das administrações Estaduais.

Portanto, na crise, os gastos estaduais com saúde se reduziram não só em termos absolutos como em termos relativos. Tal redução ocorreu em todos os itens de despesa, destacando-se em particular, as despesas de consumo que caem de US\$ 833,1 para US\$ 792,5. Mesmo assim, as despesas de consumo, que incluem os gastos com pessoal e encargos, pagamento de serviços a terceiros e material de consumo, correspondiam a quase 91% dos gastos com saúde em 1984. No caso dos Estados, diferentemente do que acontece no Governo Federal, as despesas com pessoal correspondem ao maior item de custos (tabela III.27) (28).

A tabela III.28 mostra a estrutura dos gastos em saúde dos Estados e Municípios das capitais e Regiões Metropolitanas no ano de 1984. Destaca-se o grande peso dos gastos com administração, especialmente nos Estados. Isto ocorre mesmo quando se sabe que os gastos com pessoal não estão concentrados nessa rubrica, mas distribuem-se segundo os distintos subprogramas.

O programa de saúde que absorve mais recursos ao nível dos Estados é o de Assistência Hospitalar Geral. Tal fato ocorre porque muitos Estados detêm hospitais gerais, que além do atendimento de urgência, recebem qualquer clientela em caráter universal.

No caso dos municípios, o programa de assistência sanitária geral absorve a maior parcela dos recursos (66,1%), o que mostra que estas esferas destinam seus recursos, em maior proporção, para os cuidados de caráter coletivo.

Em termos globais, o gasto dos Estados e Municípios com saúde chegava, em 1986 a quase 30% do gasto federal consolidado. Isto não representa muito, dado que é nessas esferas que é fornecida a maior parcela dos cuidados gerais com a saúde da população. Na medida em que o sistema de saúde no Brasil passa por um processo de descentralização, é necessário que sejam pensadas formas de aumentar os recursos a disposição das esferas descentralizadas, o que poderia ser feito; ou através de uma reforma tributária que possibilite reverter a atual centralização de recursos nas mãos do Governo Federal, ou através de uma maior transferência de recursos para os programas de saúde estaduais e municipais.

Estimativas feitas para 1986 (29) mostram que o Brasil gastou, naquele ano, cerca de 3,9% do PIB com atividades de saúde. Desta soma, 1,4% corresponde ao gasto privado direto, subsidiado pelo governo (através do imposto de renda) pelas famílias e pelas empresas. Cerca de 1,3% do PIB corresponde ao gasto previdenciário (INAMPS), 0,4% aos recursos do Tesouro e 0,8% as despesas estaduais e municipais em saúde com essa função (tabela III.29).

Países com igual nível de desenvolvimento do que o Brasil, como a Argentina, gastavam, naquele mesmo ano de 6,5% a 8,0% do PIB. Para que o Brasil possa chegar a gastar tal proporção, com a atual estrutura de distribuição de renda que, por si só, não permite uma expansão do gasto privado, é necessário elevar o gasto público com saúde. Isto, para atender os moldes de descentralização e equidade deveria ocorrer fundamentalmente pela elevação da cota dos Estados e Municípios.

### III.5 - O EMPREGO EM SAUDE NA CRISE

O objetivo desta seção é buscar uma explicação para o paradoxo do aumento do emprego em saúde num contexto de redução das despesas do setor, tal como ocorreu na crise recente. Em termos mais específicos, são duas questões a serem respondidas: Porque, mesmo com todas as estratégias de contenção descritas, o emprego em saúde continuou aumentando à cifras tão altas? Como se deu a política salarial e a organização do mercado de trabalho, particularmente dos médicos, neste contexto?

Para responde-las teremos que recriar algumas características dessa força de trabalho, num passado não muito recente.

Ao longo dos anos setenta ocorreu forte crescimento do emprego em saúde. Este setor, que em 1970 detinha 622 mil trabalhadores de saúde ocupados, passa para 1.233 mil em 1980. Deste contingente, destaca-se o crescimento do número de médicos (de 45.113 para 101.793) e do pessoal de enfermagem (de 134.099 para 300.388); duas categorias de grande importância para o setor. O total de profissionais de saúde, que é um conceito distinto do de trabalhadores de saúde (30), passou de 306.730 para 594.706 (tabelas III.15 e III.16).

Este crescimento foi uma decorrência direta da Reforma das Instituições de Previdência Social, em 1967 e da unificação dos Institutos de Assistência e Previdência, quando um número bem maior de trabalhadores de saúde passou a ser requisitado nas instituições públicas e privadas, em decorrência da expansão da cobertura dos serviços.

Nas figuras do médico - este profissional especializado e tecnificado - e do atendente - mão de obra sem especialização, capaz de aceitar os níveis salariais mais baixos, ergueram-se as bases laborais da assistência médica dos anos setenta. A utilização em massa do atendente como um dos polos da pirâmide ocupacional do setor, inibiu o desenvolvimento de estratégias de formação de técnicos e auxiliares, de nível médio.

No caso do médico, o assalariamento progressivo (a perda da condição de liberal) associado ao rebaixamento salarial e a permissividade pública, no que diz respeito ao acúmulo de empregos, forjou um profissional cuja estratégia de sobrevivência se baseia na multiplicidade de vínculos laborais.

Foram ainda tendências associadas ao comportamento da força de trabalho em saúde, nos anos setenta, o aumento da participação feminina que, em 1980, passa a ser majoritária entre os profissionais do setor, o rejuvenescimento relativo da força de trabalho de nível superior, propiciado pela reforma universitária, o aumento do grau de escolaridade dos profissionais de nível médio sem enquadramento, a redução relativa dos prestadores autônomos de serviços em todas as profissões de nível superior, o aumento da absorção de empregos no setor privado e o aumento da jornada média de trabalho, especialmente dos médicos, em função do multi-emprego.

O emprego em saúde no Brasil, tem como determinante básico, a dinâmica da política de emprego do setor público, em particular, das políticas traçadas para o atendimento e operação das chamadas atividades sociais. Tal afirmação pode parecer paradoxal quando observamos que, pelo menos nas atividades hospitalares, a maior parte dos estabelecimentos e do emprego concentra-se no setor privado. Em 1982, o setor privado concentrava 51,0% do emprego em saúde, sendo que nos estabelecimentos com internação, esta proporção chegava a 62,5% (tabela III.17).

Já em 1984, o setor privado perdeu a hegemonia na totalidade do emprego em saúde, passando a abarcar 47,7% do total. Tal movimento ocorre, inclusive, nos estabelecimentos de caráter hospitalar, onde o setor privado passou a abarcar 49,0% do emprego, naquele mesmo ano. Tudo isso leva a crer que a tendência a privatização do emprego em saúde verificada nos anos setenta esteja sendo revertida nos anos oitenta.

Quando se afirma, portanto, que a dinâmica do emprego e dos investimentos no setor público é que determina o nível de ocupação e as condições de trabalho em saúde, deve-se levar em conta que:

a) a maior fatia do emprego nos estabelecimentos de caráter ambulatorial (cerca de 78% em 1984) está alocada no setor público. Cerca de 41% dos ocupados em estabelecimentos hospitalares também encontram-se em atividades públicas. Portanto, o setor público detinha 52% do emprego em saúde no ano de 1984 (31).

b) apesar de aglutinar 48% dos postos de trabalho envolvidos nessa atividade social, o setor privado em saúde tem sido financiado, tanto em seu investimento como em seu custeio pelo gasto público. Boa parte da capacidade instalada do setor privado erguida na década de setenta foi financiada com recursos do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS). O custeio dessa rede era feito pelo INAMPS, através de contratos, convênios e credenciamentos. Outra grande parte do setor privado tem seu suporte nas isenções de arrecadação do imposto de renda da pessoa física e jurídica com gastos privados em saúde. Portanto, são as decisões e o movimento de recursos do setor público que determinam a dinâmica e o perfil do gasto privado em saúde.

Historicamente, as taxas de crescimento do emprego em saúde tem acompanhado de perto o movimento das taxas de crescimento do emprego formal. Entre 1976 e 1980, o emprego formal no país, segundo as estatísticas da RAIS, cresceu a uma taxa geométrica anual de 14,1%, enquanto que o emprego nos estabelecimentos de saúde (dados da Pesquisa de Assistência Médica Sanitária do IBGE) incrementou-se com taxas ligeiramente inferiores (13,2% ao ano).

Com o advento da Crise econômica, a partir de 1980, o ritmo de crescimento do emprego começa a declinar. Entre 1980 e 1983, o emprego formal cresce a apenas 1,3% ao ano. Em alguns setores, como é o caso da indústria de transformação, houve perda absoluta de postos de trabalho, com um crescimento geométrico anual de -5,2%.

Enquanto a economia sofria uma de suas maiores crises, o emprego no setor governo crescia a 9,7% ao ano entre 1980 e 1983. Isto mostra que o Estado brasileiro tem utilizado eventualmente sua máquina empregatícia no sentido anticíclico, como parece ter ocorrido entre 1980 e 1983 (32). Embora o aumento dos níveis de ocupação nos órgãos governamentais tenha sido

contrabalançado por uma queda dos salários reais do setor público, tal tendência contribuiu para elevar o gasto governamental.

Assim, o crescimento do emprego em saúde foi de 15,5% entre 1980 e 1983. Embora tenham sido as atividades públicas de saúde as que mais puxaram o crescimento do emprego no período (17,6% ao ano), tal crescimento no setor privado também foi bastante intenso (10,6% ao ano), donde se conclui que os mecanismos públicos de custeio das atividades privadas de saúde foram importantes elementos na dinâmica empregatícia do setor.

Com essa performance, o setor saúde, que respondia por 3,5% dos empregos formais em 1976 passa a englobar 5,0% do total de postos de trabalho existentes no país, em 1983.

Em 1986 existiam cerca de 142.000 médicos no Brasil. A grande maioria deles viviam em cidades com mais de quinhentos mil habitantes, onde existem condições objetivas para o exercício multiprofissional. Legalmente, no Brasil, um médico pode acumular até dois empregos públicos, mas a legislação tem sido omissa no que diz respeito ao acúmulo destes empregos com outras atividades na rede privada. Assim, o fenômeno do multi-emprego cresce ao mesmo tempo em que piora a qualidade dos serviços, especialmente na rede pública.

É verdade que, ao longo da crise, os salários e honorários recebidos pelos médicos no setor público caiu bastante. Esta foi a contra-face do forte incremento do emprego no setor. Mas não se pode fazer uma associação direta entre qualidade dos serviços e salários, bem como é duvidoso dizer que uma melhoria dos salários reduziria, por si só, o multi-emprego e elevaria a qualidade da atenção.

### III.6 - IMPACTOS DAS ESTRATEGIAS DE AJUSTE NA COBERTURA DOS SERVIÇOS

Desde 1976 pode se observar que a política de saúde, pelo menos ao nível da retórica, passou a sofrer grandes transformações. Grande parte delas apontavam para a necessidade de expandir a cobertura e adequar a rede de serviços ao quadro nosológico e ao perfil epidemiológico da população brasileira. Para tal, os serviços especializados de natureza hospitalar deveriam, paulatinamente, perder seu peso nas novas estratégias de investimento no setor e expansão da rede de serviços. A nova estratégia conferia às ações de caráter ambulatorial prioridade no direcionamento do gasto público.

Foi com esse espírito que surgem programas como o Programa de Interiorização das Ações de saúde e Saneamento

(PIASS) que concentrou grandes investimentos na expansão da rede básica de postos de saúde, mormente no Nordeste. Foi, também, nesse sentido que o INAMPS passou a dar prioridade a construção e reequipamento de seus Postos de Assistência Médica (PAMs), em detrimento de investimentos na rede própria hospitalar, a qual também se encontrava em forte estado de deterioração.

Os impactos desses programas na década de oitenta e, particularmente na crise, foram bastante significativos. Eles revelam forte expansão da capacidade instalada ambulatorial, ao lado de uma relativa estagnação da rede hospitalar. Mostram, ao nível da produção de serviços, uma expansão do número de consultas ofertadas e uma redução do número de internações per-capita. Tal comportamento foi considerado natural pelo INAMPS que via, na redução do número de internações, o resultado de todo um esforço de racionalização que se inicia com o CONASP e que tinha como objetivo básico a eliminação de fraudes e serviços hospitalares que, além de supérfluos, oneravam pesadamente os cofres da Previdência.

Nesta seção, procurar-se-á descrever como se comportou a capacidade instalada no setor saúde, detalhando o crescimento da rede ambulatorial e hospitalar por tipo de instituição prestadora de serviços (pública ou privada). No que diz respeito a rede hospitalar, será analisada a distribuição e expansão do número de leitos disponíveis.

Serão estudados, também, aspectos relacionados a distribuição regional dos estabelecimentos e leitos, buscando traçar um perfil das principais diferenças regionais nesse campo.

Por fim, serão investigados alguns aspectos relacionados à produção de serviços, especialmente no que diz respeito a consultas e internações. Com isso se pretende fornecer um painel dos principais efeitos das políticas de ajuste e estratégias de administração do setor saúde na crise na expansão da rede e na cobertura real dos serviços.

### III.6.1 - O Crescimento da Capacidade Instalada

Entre 1978 e 1984, o número de estabelecimentos de saúde no Brasil passou de 15.345 para 27.552 (tabela III.30). Isto equivale a um incremento bruto de quase 80%, o que é muito para um intervalo de 6 anos situado em plena conjuntura recessiva. Entre 1980 e 1984, período no qual se situam os anos mais duros da recessão, o crescimento geométrico anual do número de estabelecimentos foi de 10,5% (tabela III.30-B).

No bojo desse crescimento, vale destacar que o setor

público foi o que apresentou as maiores taxas de crescimento. Em 1978, o setor público já respondia por 51% dos estabelecimentos. Em 1984 essa participação passou para 67% (tabela III.30-A). Esse forte crescimento da rede pública está, certamente, associado ao crescimento da chamada rede ambulatorial (ou rede de estabelecimentos sem internação).

Entre 1978 e 1984, a rede ambulatorial passou de 9.637 para 20.691 estabelecimentos, o que equivale a um crescimento bruto de 114,7%. O crescimento geométrico dessa rede entre 1980 e 1984 foi de 13,7% ao ano, destacando-se o forte incremento do setor público (17,5%) com relação ao privado (8,9%). No interior do próprio setor privado, os setores não lucrativos (filantrópico e beneficente), apresentaram um decréscimo de -4,1% e -20,6% em termos geométricos anuais no período 1980-1984. Enquanto isso, o setor privado lucrativo aumentou o número de estabelecimentos sem internação a uma taxa de 15,2% ao ano, ou seja, quase comparável ao incremento experimentado pela rede pública.

Assim, com tal processo de transformação, o setor público, que respondia por 70,2% da rede ambulatorial do país, passou a deter 81% dessa mesma rede em 1984. Apesar da perda de participação do setor privado, o segmento lucrativo também apresentou incremento de participação (de 12,8% para 13,3%) no mesmo período.

No interior do setor público, vale destacar que os Estados detêm a maior fatia da rede sem internação. Em 1984, 42,3% dos estabelecimentos ambulatoriais pertenciam ao poder estadual. Isso ocorre a despeito do forte incremento da participação federal, que evolui de 10,7% para 19,9% entre 1978 e 1984 (tabela III.32-A). Cabe destacar que esse crescimento da rede federal foi elevado, particularmente nos primeiros anos da década de oitenta, em função do já mencionado PIASS e do crescimento da rede ambulatorial do INAMPS. Com o tempo, os estabelecimentos da rede PIASS, assim que estavam em condições operacionais eram repassados para os Estados, o que propiciava o crescimento da rede estadual. O crescimento dos estabelecimentos municipais ficou abaixo da média do setor público, o que resulta, basicamente, da baixa capacidade de inversão ou barganha política dessas esferas, além da escassez de programas federais de aplicação de recursos nos municípios, pelo menos até antes de 1984.

No que diz respeito a rede hospitalar (ou de estabelecimentos com internação), verifica-se fenômeno contrário ao observado para a rede ambulatorial, cabendo destacar:

a) - Seu baixo crescimento no período. O número de estabelecimentos com internação passou de 5708 para 6861 entre 1978 e 1984, o que denota um crescimento geométrico anual de 3,4% entre 1978 e 1980 e de 3,0% entre 1980 e 1984 (tabelas III.31 e III.31-B);

b) - A alta participação do setor privado na rede. O



setor privado absorvia 81,22% dos estabelecimentos com internação em 1978. Apesar dessa participação ser declinante, o que denota um crescimento mais acelerado da rede pública do que da rede privada, ele ainda respondia por 77,45% dos estabelecimentos de natureza hospitalar em 1984 (tabela III.31-A).

c) - No setor público, a rede hospitalar cresceu em torno de 6,2% ao ano contra os 2,1% encontrados no setor privado entre 1980 e 1984. Dentro do setor público, o crescimento foi mais ou menos homogêneo, no que diz respeito ao setor federal e estadual e um pouco inferior na esfera municipal. Quanto ao setor privado, destaca-se, mais uma vez, o decréscimo da rede beneficente e filantrópica e o crescimento da rede lucrativa.

Em termos globais, portanto, no que diz respeito a capacidade instalada, pode-se concluir que:

1- A rede ambulatorial teve um crescimento mais intenso do que a rede hospitalar;

2- Em ambas as redes, o setor público cresceu mais que o setor privado;

3- No interior do setor público, as esferas Estaduais e Federal absorveram a maior parcela do crescimento dos estabelecimentos;

4- No interior do setor privado ocorreu uma queima de capacidade instalada dos setores não lucrativos (beneficente e filantrópico);

5- O setor privado lucrativo teve um crescimento de sua capacidade instalada ligeiramente inferior ao observado pela rede pública.

6- Enquanto que a rede ambulatorial é hegemonicamente mantida pelo setor público (81,27% em 1984), a rede hospitalar é preponderantemente privada, dado que 77,47% dos estabelecimentos com internação em 1984 eram particulares.

### III.6.2 - O Crescimento da Capacidade Instalada do Setor Saúde ao Nível Regional

A tabela III.33 mostra que entre 1978 e 1984 houve uma relativa desconcentração regional dos estabelecimentos de saúde no Brasil. As Regiões Norte e Nordeste aumentam sua participação no total de estabelecimentos, enquanto que o Sul e o Sudeste perdem participação relativa. Na região Centro-Oeste, o nível de

participação permanece relativamente estável.

Cabe analisar, no entanto, como se comporta essa divisão regional da capacidade instalada em saúde, no que diz respeito as redes ambulatorial e hospitalar.

Entre 1978 e 1984 ocorreu uma ligeira desconcentração da rede hospitalar ao nível regional. O Norte, que detinha 4,7% dos estabelecimentos com internação, passou a ter 6,3% dessa rede. O mesmo aconteceu com o Nordeste, onde a participação evolui de 25,3% para 27,7%, e com o Centro-Oeste, onde essa participação passa de 9,0% para 10,9%. (tabela III.33-A).

Cabe destacar que, tanto no Norte como no Nordeste, a participação do setor público na rede hospitalar é maior do que nas outras regiões. Na região Norte, o setor público respondia por 43,3% dos estabelecimentos hospitalares e no Nordeste essa participação chegava a 42%, em 1984, respectivamente.

Nesse mesmo período, Regiões como o Sudeste e o Sul, que detinham participações de 38,6% e 22,4% perdem participação para 36,2% e 18,9%. Nestas Regiões, a rede hospitalar privada tem sido absolutamente hegemônica, respondendo por 86,1% e 89,6% do conjunto dos estabelecimentos de natureza hospitalar, em 1984, respectivamente. Ao que tudo indica, a Região Centro-Oeste apresenta a mesma tendência de participação do setor privado.

Quanto aos estabelecimentos sem internação, observa-se a mesma tendência à desconcentração verificada para a rede hospitalar (tabela III.33-B). Apesar do forte peso do setor público, vale destacar que nas regiões Sudeste e Sul o peso da rede ambulatorial privada é bem mais elevado do que nas outras regiões, atingindo 27% no Sudeste em 1984.

Existe ainda uma tendência ao aumento da participação do setor público no conjunto dos estabelecimentos de saúde em todas as regiões. Tal tendência, no entanto, não invalida o fato de que há uma forte concentração do setor privado, especialmente na rede hospitalar do Sul e Sudeste, onde as condições de formalização do mercado de trabalho e o nível de renda das famílias permite a sustentação previdenciária e autônoma do setor privado.

### III.6.3 - A natureza da rede conveniada com o INAMPS

Uma das estratégias de ajuste utilizadas pelo INAMPS ao longo da crise recente foi, sem vias de dúvida, aumentar a parcela de recursos canalizada para o setor público e desativar o ritmo de compra de serviços do setor privado. Os dados das Pesquisas de Assistência Médico-Sanitária (AMS) do IBGE refletem,

em parte, esse movimento.

Em termos gerais a participação dos estabelecimentos conveniados com o INAMPS ou INAMPS/EMPRESA no total de estabelecimentos de saúde permanece estavel entre 1978 e 1984, passando de 45,2% para 44,3%, respectivamente. Nota-se, no entanto, que até 1980 essa participação era ascendente, chegando a 49,8% em 1980. A partir de então começa a declinar, atingindo em 1984 o percentual acima referido (tabela III.34).

Cabe ressaltar, no entanto, que tal tendência é fruto da combinação de movimentos opostos ocorridos entre o setor público e o setor privado. No setor público, a parcela de estabelecimentos conveniados cresce sistematicamente no periodo, passando de 23,6% para 37,6% entre 1978 e 1984. Neste particular, destaca-se o crescimento dos estabelecimentos do setor público federal conveniados, que passam de 29,0% para 57,8% do total de estabelecimentos públicos federais no periodo. Isto, certamente é o reflexo do aumento dos convenios assinados pelos hospitais universitários, hospitais do Ministério da Saúde, Fundação SESP, etc. No caso da esfera municipal, não se observa no periodo um aumento significativo da parcela de estabelecimentos conveniados

Apesar do setor privado deter participação declinante, sua parcela de conveniados no total de estabelecimentos é bem mais elevada do que a existente no setor público. Entre 1978 e 1980, os estabelecimentos privados conveniados passam de 67,1% para 70,3% do total da rede privada, movimento que caracteriza resquícios da antiga forma de relacionamento do INAMPS com os prestadores privados de serviços. A partir de 1980 tal participação começa a declinar, atingindo 57,8% em 1984. Este movimento de declínio se verifica tanto no setor privado lucrativo como no beneficente, dado que o setor filantrópico mantém estavel sua participação no periodo.

Essas evidencias apontam no sentido de uma inversão, nos anos de crise, da relação contratual que significava repasses fantásticos de recursos do INAMPS para a rede de prestadores privados (33). Mas pode representar, também, uma desistência da rede privada mais eficiente em manter relações contratuais com o INAMPS com o atual padrão de remuneração de serviços.

#### III.6.4 - Evolução do Número de Leitos Hospitalares

Entre 1978 e 1984, a taxa de crescimento do número de leitos hospitalares ficou aquém do desejável. Em 1981 existiam 4,18 leitos hospitalares para cada 1000 habitantes no país. Em 1984 essa relação já chegava a 3,98.

Portanto, apesar do crescimento absoluto do número de leitos de internação no período (de 463.129 para 522.818 entre 1978 e 1984, conforme tabela III.35) ele tem sido aquém do crescimento populacional. Soma-se a esse baixo crescimento a gravidade do estado de deterioração da rede física, provocada por uma política de baixos investimentos públicos no setor hospitalar.

Além desse baixo crescimento, cabe destacar que o setor público vem tendo participação declinante no conjunto dos leitos de internação. Em 1978, esse setor respondia por 26,4% do total de leitos, enquanto que em 1984 essa participação caiu para 23,8%. Tal declínio observa-se com maior intensidade nos níveis estaduais, dado que no federal e no municipal a participação permanece praticamente a mesma. As fortes restrições financeiras enfrentadas pelos Estados certamente dificultaram uma ampliação da capacidade hospitalar existente. É possível que em alguns Estados tenha ocorrido até desativação de leitos pela depreciação e pela incapacidade de custeio. Assim, entre 1978 e 1984 o número de leitos hospitalares estaduais se reduz de 83.049 para 78.588.

No caso do setor privado, vale destacar o crescimento da participação do ramo com fins lucrativos. Este que detinha 35,9% dos leitos em 1978 passa a deter 40,5% em 1984. O mesmo não se pode dizer com relação aos ramos não lucrativos (beneficentes e filantrópicos), cuja participação relativa se reduz no período. No caso do setor beneficente, até mesmo o número absoluto de leitos se reduz.

A distribuição regional dos leitos de internação é sensivelmente mais concentrada do que a do número de hospitais (tabela III.36). Isso se deve ao fato de que os hospitais de grande porte localizam-se, em sua maioria, no Sul e no Sudeste. Dessa forma, apesar de ter ocorrido ligeira desconcentração, o Sudeste continuava concentrando mais da metade dos leitos existentes no país em 1984. Como era de se esperar, os leitos do setor público apresentam-se melhor distribuídos do que os do setor privado. No entanto, a diferença entre os dois padrões (público e privado) de distribuição do número de leitos não é muito forte, dado que em 1984 a Região Sudeste concentrava 49,5% dos leitos públicos e 54,8% dos leitos privados.

Cabe destacar que na Região Sudeste ocorreu redução absoluta do número de leitos públicos entre 1978 e 1984.

A participação do número de leitos conveniados sobre o total de leitos privados permanece constante em torno dos 89% entre 1978 e 1984 (tabela III.37). Destaca-se, no entanto, que no setor lucrativo, tal participação é declinante no período. Isso justifica em parte a paulatina diminuição da transferência de recursos do INAMPS para o setor privado, já discutida em sessões anteriores deste relatório. Conforme foi visto, houve uma forte redução da transferência de recursos do INAMPS aos prestadores privados de serviços, o que se expressa, de um lado, na redução do valor da tabela de pagamentos e de outro, pela efetiva

redução do número de leitos contratados.

### III.6.5 - A Cobertura dos Serviços

Algumas mudanças na capacidade instalada tiveram fortes efeitos na produção de serviços assistenciais. Destaca-se, nesse caso, o rápido aumento da produção de consultas. Como mostra a tabela III.41 o número de consultas por habitante evolui de 4,79 para 5,86 entre 1981 e 1984. Isto se deve, certamente a expansão da rede ambulatorial instalada no período.

Conforme mostra a tabela III.38, em 1981 o sistema de saúde produziu 584,6 milhões de consultas. Em 1984 esse número passou para 768,9 milhões. É certo que a participação público/privado permaneceu basicamente a mesma. Em média, o setor público produz 60% das consultas e o privado 40%.

Com relação ao número de internações, esse movimento já não ocorreu no mesmo sentido. Entre 1981 e 1984 o número de internações por 1000 habitantes caiu de 141 para 134. Tal queda parece ter sido mais elevada no setor privado do que no público, em função da política do INAMPS de proceder a uma racionalização da compra de serviços do setor privado. A tabela III.39 mostra como no setor conveniado privado tal redução ocorreu com maior intensidade.

Mesmo assim, somente 17% das internações eram efetuadas pelo setor público em 1984. No que diz respeito aos estabelecimentos conveniados, a participação do setor público era ainda menor. Portanto, apesar da política de racionalização de compra de serviços privados do INAMPS, muita coisa ainda há de ser feita no sentido de recuperar a capacidade de prestação de serviços, principalmente de natureza hospitalar, do setor público, pois caso contrário a compra de serviços privados continuará a nortear os recursos voltados à saúde.

Recentemente, como mostra a tabela III.40, as internações realizadas pelo INAMPS sofreram forte redução. Entre 1982 e 1986, o volume de internações decresce a uma taxa geométrica anual de -3,47%. Com relação as consultas, apesar destas continuarem a crescer, nota-se uma redução no ritmo de incremento quando se compara o período 1986/82 com o 1982/78.

Em síntese, pode-se dizer que o aumento da capacidade instalada não trouxe um bom desempenho no que diz respeito a produção dos serviços nos anos de crise. Somente uma retomada nos investimentos e a recuperação física e administrativa do setor poderá favorecer uma melhoria da cobertura real dos serviços de saúde no Brasil.

### III.7 - AS FINANÇAS DA PREVIDENCIA SOCIAL EM 1987

Ao longo de 1987 ocorreram mudanças substanciais na estrutura de receitas e no direcionamento dos gastos em saúde do SINPAS. Pode-se afirmar que, apesar da ligeira queda das receitas previdenciárias verificadas naquele ano, os gastos com assistência médica aumentaram substancialmente. Esse desempenho favorável dos gastos em saúde naquele ano deve-se a uma série de circunstâncias, cabendo destacar o empenho do Ministério da Previdência Social e particularmente do Presidente do INAMPS Hésio Cordeiro e da equipe da Direção Geral do INAMPS em gastar mais com os programas de saúde, especialmente no fortalecimento das estruturas estaduais e municipais, tendo em vista consolidar os Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde, nos marcos da Reforma Sanitária Brasileira. Assim, a análise que se segue sobre o comportamento das receitas e despesas da Previdência Social em 1987 detém crucial importância para o entendimento das mudanças que se operam na estrutura de financiamento da política social brasileira ao final dos anos oitenta.

#### III.7.1 - Mudanças no Comportamento das Receitas Previdenciárias

As receitas da Previdência Social no Brasil, depois da imensa queda verificada em 1983 e 1984, recuperam-se, em larga medida nos anos de 1985 e 1986. A tabela III.41 pode demonstrar tal evolução mês a mês

A série apresentada, relativa a receita total mensal do MPAS, revela um comportamento que, em linhas gerais, acompanha a recuperação do emprego e dos salários a partir de finais de 1984. No ano de 1987, apesar das flutuações ainda não elucidadas de receita verificadas no primeiro semestre, observa-se uma pequena queda das receitas previdenciárias no segundo semestre. Neste particular, o último trimestre de 1987 evidencia uma queda mensal de Cz 3,0 bilhões em relação aos mesmos meses do ano de 1986. Para exemplificar, a receita da previdência social em dezembro de 1987 foi 14,98% inferior a de dezembro do ano anterior. Com isso, a receita total do SINPAS fechou em Cz 192,6 bilhões em 1987, em termos reais, valor ligeiramente inferior ao verificado no ano de 1986.

O ano de 1987 manteve, em patamar pouco superior ao de 1986, a participação das Contribuições da União à Previdência Social. A tabela III.42 mostra que tal contribuição, que chegou a quase 11% das receitas previdenciárias em 1984, caiu progressivamente para 1,99% em 1986. Em 1987, os dados revelam que tal contribuição foi um pouco maior. Mas mesmo assim, as contribuições da União são, cada vez mais, "elemento de ficção" na composição das receitas previdenciárias.

Outro aspecto a salientar é a grande participação que o

Item "outras receitas" passou a ter na composição dos ingressos do FPAS em 1987 (34). Com uma participação sempre inferior a 6% no período 1983-1986, as "outras receitas" passaram a representar mais de 10% dos ingressos do FPAS ao longo do período janeiro-dezembro de 1987. O mês de maio apresentou a mais alta participação (28,72%). Na medida em que os dados disponíveis não fornecem maior desagregação sobre este componente da receita, cabe investigar quais os motivos que levaram a um aumento tão gritante deste item no período. Sabe-se, porém, que o grande volume de aplicações financeiras dos recursos do SINPAS em 1987 favoreceu essa alteração, na medida em que gerou receitas adicionais ao sistema.

Mesmo com estas alterações, as contribuições compulsórias, também conhecidas como "contribuições sociais" continuaram a representar a maior fatia dos recursos da Previdência Social. Apesar de se encontrarem num patamar menor que o verificado nos quatro anos anteriores, em termos relativos, elas oscilaram entre 68,9% e 87,5% do total das receitas do FPAS em 1987. Cabe, assim, analisar um pouco mais de perto a composição interna da receita deste item.

### III.7.2 - A Anatomia das Contribuições Compulsórias

Entre 1983 e 1986 as contribuições compulsórias tiveram sua distribuição marcada pelas características que serão descritas abaixo.

As receitas oriundas da folha de salários constituem a principal fonte de ingressos no bojo das contribuições compulsórias, na medida em que englobaram de 78% a 86% do montante total destas contribuições entre 1983 e 1986 (tabela III.43). Tais receitas incluem a parcela do empregado (8,5% a 10% sobre o salário de cada trabalhador formal) e a parcela do empregador (10% sobre a folha global de salários da empresa), ambas depositadas pelas empresas e recolhidas pela rede bancária para posterior transferência ao IAPAS (35). Além disso, a receita da folha de salários engloba a contribuição a Previdência Rural (2,4%), salário família (4,0%), auxílio maternidade (0,3%), seguro de acidentes de trabalho (1,8% em média), sem contar a receita de todas essas contribuições relativas ao 13o. salário (1,5% em média, da folha anual de salários).

Observa-se que em 1983 e 1984 o peso das receitas da folha de salários no total das contribuições compulsórias foi declinante, o que pode ser imputado à crise econômica e seus efeitos sobre a queda do nível de emprego e dos salários. Com a recuperação da economia e do nível de emprego e com o aumento dos salários reais, especialmente no mercado de trabalho formal, em 1985 e 1986, observa-se um incremento do peso relativo das receitas sobre a folha de salários no total das contribuições compulsórias.

Portanto, a receita sobre a folha de salários varia tendencialmente com o movimento cíclico da economia, e tem alta correlação com o comportamento da massa salarial que, como foi visto, é a resultante do movimento combinado do nível de emprego e dos salários no mercado formal de trabalho.

O segundo item de maior valor na composição das contribuições compulsórias constitui as chamadas "Receitas de Contribuições Individuais". Tais Receitas são oriundas do pagamento a previdência dos chamados "contribuintes em dobro", ou seja; trabalhadores autônomos, empregadores (contribuição enquanto indivíduo, e não enquanto empresa), ministros de profissão religiosa e outras formas de trabalho por conta própria e representam cerca de 19,2% das rendas destes trabalhadores. Entre 1983 e 1986 tais receitas tiveram comportamento declinante, passando de 9,7% para 7,6% do total das receitas de contribuições sociais.

A magnitude destas receitas depende de três fatores que devem ser analisados de forma combinada: do grau de assalariamento da economia, do grau de formalização da força de trabalho e da carga tributária global. Processos intensos de urbanização e crescimento econômico trazem um aumento no grau de assalariamento, especialmente em países como o Brasil que, até recentemente detinham mais de 20% de sua mão de obra urbana na condição de trabalhadores autônomos. Este fator atua em sentido inverso na determinação das receitas de contribuições individuais, ou seja, quanto maior o assalariamento, menor a possibilidade de aumentarem os ingressos oriundos das contribuições individuais.

Porém, apenas uma pequena parcela dos trabalhadores autônomos contribui para a Previdência Social. A maior parcela destes encontra-se no chamado "mercado informal de trabalho". O processo de formalização do trabalho autônomo constitui um fator que impulsiona o aumento das "contribuições individuais". Isto pode ocorrer, seja através de estímulos e formalização, seja mediante o aumento de fiscalização (por lei, todo o trabalhador autônomo é obrigado a contribuir).

Mas os estímulos à formalização (seguro social, assistência médica, etc.), podem ser neutralizados pelo desestímulo oriundo de uma carga tributária muito elevada. Se, ao se formalizar, o trabalhador autônomo é obrigado a pagar além da contribuição a previdência, uma massa de impostos muito elevada, certamente ele preferirá continuar na clandestinidade junto ao fisco ou seja, na chamada "economia submersa".

No Brasil, entre 1983 e 1986, observou-se uma contínua redução das receitas de contribuições individuais. Mas não é possível afirmar qual dos fatores acima mencionados (assalariamento ou fuga ao fisco) tem contribuído para a redução do peso destas receitas.

Os dados disponíveis para 1987 mostram que, com

excessão dos meses de fevereiro e abril, houve uma constante redução das receitas de contribuições individuais em relação aos valores observados em 1986. Tal movimento se intensificou no segundo semestre, como demonstra a tabela III.44. Em novembro de 1987, a receita oriunda deste item era inferior ao do mesmo mês de 1986 em mais de 40%.

Dentre as Contribuições Compulsórias, destaca-se ainda a "Receita da Renda da Produção Rural (2,5% da receita bruta de vendas da produção agrícola). Sabe-se que esse item contém uma imensa evasão, na medida em que é difícil estabelecer controle sobre a produção agrícola que é vendida fora dos canais normais de comercialização. No entanto, sua magnitude varia de acordo com o comportamento da safra agrícola e da cotação desses produtos no mercado.

A tabela III.43 mostra que entre 1984 e 1985, anos que tiveram boas safras, esse item chegou a representar 4,5% das contribuições compulsórias. Em 1986, quando a safra agrícola teve mau desempenho, a receita sobre a produção rural caiu para 2,6% das contribuições compulsórias. Acredita-se que em 1987, o bom desempenho da agricultura tenha elevado, novamente, a participação desse item.

Por fim, as contribuições compulsórias englobam, ainda as "outras receitas" que constituem a soma de uma série de contribuições compulsórias setoriais e de menor importância na massa de contribuições. Para exemplificar, temos os 5% da renda líquida dos espetáculos esportivos, os 5% da arrecadação dos fundos de aposentadorias e pensões dos trabalhadores estatutários, o excedente sobre a arrecadação de terceiros (SESI, SENAI, SESC, SENAC, ETC.) e a cota de 3% sobre o valor das aposentadorias e pensões, extinta em 1986 pelo então ministro Rafael de Almeida Magalhães, entre outras contribuições (36).

A tabela III.43 mostra que entre 1984 e 1985 esse item chegou a mais de 8% do total das contribuições compulsórias, provavelmente em função do peso dos 3% recolhidos sobre o valor dos benefícios pagos pelo SINPAS. Com a eliminação desta alíquota, as outras receitas passaram a representar 3,6% das receitas de Contribuições Compulsórias em 1986. Estima-se que em 1987 tenha ocorrido comportamento similar.

O item de maior peso das outras receitas é o "Excesso de arrecadação sobre terceiros". A tabela III.45 mostra que, com a extinção da alíquota de 3% sobre o rendimento dos aposentados e pensionistas, em 1986, o excedente sobre a arrecadação de terceiros passou a representar mais de 50% das outras receitas de contribuições compulsórias. Em 1987, as informações disponíveis indicam que não houve receita oriunda do "excesso de arrecadação sobre terceiros."

As contribuições compulsórias são, dessa forma, o item de maior importância na composição da receita previdenciária. Na estrutura interna das contribuições compulsórias observa-se, no

entanto, que a receita proveniente da folha de salários representa a maior fonte de recursos (quase 81% das receitas previdenciárias em 1986). Cabe, assim, debruçar-se um pouco mais sobre o comportamento destas receitas.

### III.7.3 - Correlações entre a Receita do FPAS oriunda da Folha de Salários e a Massa Salarial

Conforme mencionado anteriormente, a receita sobre a folha de salários tem correlação direta com o comportamento da massa salarial. Testes econométricos realizados pela Secretaria de Estudos Especiais do MPAS tem demonstrado ser alta essa correlação.

Considere-se a análise do período dez-84/dez-86. Serão utilizadas as séries de massa salarial dos empregados com carteira de trabalho assinada da Pesquisa Mensal de Emprego do IBGE, para a Região Metropolitana de São Paulo, e a de Receita da Folha de Salários fornecida pelo MPAS. Tomando-se como base o mês de dezembro de 1984, estas duas séries serão convertidas em valores reais pelo IPC e transformadas em índices. Os resultados estão expostos na tabela III.46.

Os dados revelam que, embora a massa salarial seja referente a Região Metropolitana de São Paulo e a receita do FPAS proveniente da folha salarial sejam referente ao Brasil como um todo, a variação destes dois indicadores teve comportamento muito semelhante em 1985 e 1986. Entre junho e setembro de 1985 e entre maio e novembro de 1986, o crescimento da receita previdenciária oriunda da folha de salários foi superior ao do crescimento da massa salarial, o que merece um estudo mais pormenorizado.

Mesmo assim, a tabela III.46 vem a demonstrar que as duas variáveis detêm uma aderência bem acentuada, de forma que, projeções ou modelos de construção de cenários relacionados a receita previdenciária devem levar em consideração o comportamento da massa de salários. Para se obter uma série de massa salarial mais adequada ao comportamento do Brasil, poder-se-ia utilizar a variação da massa salarial dos empregados com carteira assinada nas seis Regiões Metropolitanas levantadas pela Pesquisa Mensal de Emprego do IBGE.

### III.7.4 - O Comportamento das Despesas da Previdência Social

A análise das despesas da Previdência Social pode ser feita a partir de dois pontos de vista: as instituições que fazem parte do SINPAS e os programas desenvolvidos pelo sistema. Mas antes de se proceder a tal empreendimento, vale a pena analisar mais de perto a relação receita/despesa do SINPAS. A tabela III.47 mostra a evolução mensal das despesas do SINPAS entre 1985 e 1987.

Observa-se que entre 1985 e 1986 ocorreu um crescimento real do gasto da Previdência Social da ordem de 13,2%. Tal crescimento, foi influenciado positivamente pelo aumento das receitas previdenciárias, propiciado pela expansão da massa salarial durante o Plano Cruzado. Conforme demonstra a tabela III.41, a receita previdenciária neste mesmo período cresceu bem mais que a despesa (19,2%), o que permitiu a obtenção de superávits do SINPAS tanto em 1985 como em 1986.

A comparação da tabela III.41 com a tabela III.47 mostra que em 1985, para uma receita real de Cz 162,9 bilhões, realizou-se uma despesa de Cz 148,9 bilhões, resultando num superavit de Cz 14,0 bilhões (em cruzados de março de 1986). Tal fenômeno repetiu-se em 1986, quando para uma receita de Cz 194,1 bilhões foi efetuado um gasto de Cz 168,5 bilhões e obtido, conseqüentemente, um superavit de Cz 25,6 bilhões. Em ambos os anos verificou-se que as receitas e as despesas apresentaram crescimento.

As tendências que se esboçam em 1987 indicam uma contração tanto da receita como da despesa. Conforme foi visto anteriormente, as receitas previdenciárias em 1987 tiveram uma ligeira redução de 0,8% sobre o valor encontrado em 1986. No entanto, a tabela III.47 indica uma redução das despesas do SINPAS no último ano bem superior a ocorrida com as receitas. Tomando-se como base o período janeiro-outubro, encontrou-se uma queda das despesas de 11,3% entre 1986 e 1987. Tal perspectiva recoloca a possibilidade de ocorrência de um novo superavit do SINPAS em 1987, só que desta vez, por conta da redução do gasto e não da expansão das receitas. A tabela III.48 mostra as variações percentuais da despesa sobre a receita entre 1985 e 1987.

Observa-se que em quase todos os meses de 1987 as despesas foram bem menores que as receitas. Assim até outubro de 1987 já se observava um superavit de Cz 39,0 bilhões enquanto no mesmo período do ano anterior esse superavit era de apenas Cz 19,3 bilhões. É possível, portanto, que, mesmo com a queda das receitas, o ano de 1987 tenha um superavit superior a Cz 40,0 bilhões (em valores de março de 1986). Como será visto posteriormente, esse superavit de 1987 está correlacionado com a redução da despesa do SINPAS, e não com a elevação da despesa, tal qual ocorreu nos anos anteriores.

### III.7.5 - As despesas do SINPAS por Instituição

Sob o ponto de vista do gasto, são cinco as principais instituições que compõe o SINPAS. O Instituto Nacional de Previdência Social - INPS - é o órgão responsável pelo pagamento de benefícios sendo estes compostos por aposentadorias, pensões, auxílios, abonos e pecúlios (37). Entre 1970 e 1985, a participação do INPS na despesa do SINPAS oscilou entre 57,9% (1974) e 75,4% (1983), sendo este, portanto, o órgão de maior

peso nos gastos da Previdência.

O Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social - INAMPS - é o órgão responsável pela prestação de serviços médicos (hospitalares e ambulatoriais), sendo, também o principal repassador de recursos para as Secretarias Estaduais de Saúde que passarão a administrar a rede de serviços próprios da instituição. O INAMPS é o segundo órgão de maior volume de gastos na estrutura do SINPAS, tendo absorvido entre 32,0% (1976) e 22,3% (1983) da despesa do sistema de 1970 a 1985.

O Instituto de Administração da Previdência Social - IAPAS - é o responsável pela administração geral do sistema, o que inclui o recebimento, gerenciamento e desembolso dos recursos recebidos, bem como a gestão do patrimônio do órgão. Entre 1970 e 1985 os gastos do IAPAS variaram entre 2,7% (1983) e 5,5% (1976) da despesa total do SINPAS.

A Legião Brasileira de Assistência (LBA) e a Fundação Nacional de Bem-Estar do Menor (FUNABEM) são os órgãos responsáveis pela política de assistência social do SINPAS. No entanto a participação destes dois órgãos na despesa do sistema tem sido sempre residual. A tabela III.49 fornece uma série histórica da despesa destes órgãos como percentagem da receita do SINPAS.

Entre 1986 e 1987 ocorreram algumas variações na estrutura de despesa destes órgãos, conforme será visto a seguir.

A tabela III.50 mostra que, apesar da queda das despesas do SINPAS observada em 1987, somente o INPS e o IAPAS tiveram reduções nos seus gastos ao se comparar as despesas dos distintos órgãos entre o primeiro semestre de 1986 e o mesmo período de 1987. O INPS e o IAPAS apresentaram quedas em suas despesas de 21,8% e 15,7% ao se comparar esses períodos.

Ao mesmo tempo observou-se uma variação positiva nas despesas do INAMPS de 20,6% entre os acumulados janeiro/junho de 1986 e janeiro/junho 1987. A FUNABEM e a LBA também tiveram acrescidos seus gastos entre estes períodos nas proporções de 14,7% e 60,5%. Portanto, a forte queda das despesas do SINPAS observada em 1987 se deve basicamente a redução dos gastos do INPS, dado que a despesa do IAPAS é por demais reduzida para influenciar este comportamento. Em termos reais, portanto, observou-se uma queda nas despesas do INPS de quase Cz 13,0 bilhões (a preços de marco de 1986) entre os períodos em questão. Nesse mesmo intervalo de tempo, a queda das despesas globais do SINPAS foi de Cz 11,2 bilhões.

As mudanças acima verificadas vieram a alterar a distribuição interna da despesa do SINPAS, como pode ser visto na tabela III.51

Observa-se que, entre 1986 e 1987, estabeleceu-se uma

tendência a redução do peso do INPS, ao lado de outra de elevação do peso do INAMPS, na estrutura dos gastos da Previdência Social. O aumento da participação do INAMPS nas despesas do SINPAS é uma antiga aspiração dos gestores da política nacional de saúde. O próprio projeto de Constituição Bernardo Cabral fixava que a participação dos programas de saúde na despesa da Seguridade Social deveria ser de 30%. As tendências aqui esboçadas indicam que, ainda em 1987, esta meta pode ter sido atingida. Restaria analisar os gastos do SINPAS no 2o. semestre do ano findo para confirmar se tal tendência permaneceu.

### III.7.6 - As Despesas do SINPAS segundo a natureza do gasto.

A análise das despesas, segundo a natureza do gasto, será feita a partir de cinco grandes grupos, a saber:

- Benefícios
- Assistência Médica
- Assistência Social
- Pessoal e Encargos Sociais
- Outras Despesas

Para tornar mais compreensível a análise, serão estudados cada um desses grupos separadamente, para depois se proceder a uma análise conjunta da participação desses itens de custo na despesa do SINPAS.

A tabela III.52 mostra a evolução dos gastos com benefícios de 1985 à 1987.

Observa-se que em 1986 houve uma elevação de quase 11% na despesa com benefícios da Previdência Social, com relação ao gasto estimado em 1985. Já em 1987 ocorreu fenômeno inverso. Os dados relativos ao período janeiro-outubro de 1987 evidenciam uma queda de 23,5%, em termos reais, sobre o valor despendido no mesmo período do ano anterior. Cabe destacar ainda que a despesa com benefícios dos dez primeiros meses de 1987 foi inferior em 16,1% a registrada em igual período de 1985.

A tabela III.52 utilizou como deflator o IGP/DI que é um índice geral de inflação. Como as aposentadorias e pensões são valores a serem gastos, basicamente em elementos de demanda final, os índices de custo de vida seriam, a rigor, mais adequados ao deflacionamento destes valores. Assim, a tabela III.53, correspondente a evolução recente dos gastos com benefícios do SINPAS, foi deflacionada pelo INPC que, ao longo de 1987, teve uma variação menor do que a do IGP/DI.

Observa-se que, mesmo assim, os gastos com benefícios da Previdência Social, no período janeiro-outubro de 1987, foram 24,09% inferiores aos registrados no mesmo período de 1986.

Assim, em 1987, ao que tudo indica, os gastos com benefícios retornaram a patamares anteriores aos existentes em 1985, numa conjuntura onde o número de aposentados e pensionistas não parou de crescer. O provável superavit da Previdência em 1987 é, portanto, uma decorrência direta da forte contração dos gastos com benefícios ocorrido no ano. Provavelmente tal redução está associada a queda do próprio valor dos benefícios, que teriam passado a ter como base de reajuste o menor salário de referência e não o piso nacional de salários, que substituiu o salário mínimo.

Os gastos com assistência médica da Previdência Social vem sendo, há muito tempo, denunciados como de pouca magnitude na dinâmica global das despesas do SINPAS. Isto porque, como os gastos com benefícios eram comprometimentos fixos, os gastos com assistência médica seriam residuais, ou seja, iriam variar de acordo com as disponibilidades de caixa do sistema. Os dados recentes indicam, no entanto, que tem ocorrido forte crescimento das despesas com assistência médica.

A tabela III.54 revela que, desde 1985, os gastos reais com os programas de assistência médica vem crescendo. Em 1986 eles foram 18,5% superiores aos de 1985 e em em 1987 eles foram 8,2% maiores que os de 1986. Certamente que as decisões relacionadas às políticas de descentralização da assistência médica (Ações Integradas de Saúde e, posteriormente, o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde - SUDS), tem respondido por grande parte desta expansão de recursos. No entanto, vale destacar que, pelo menos até 1986, na composição interna dos recursos gastos em assistência médica, vinha crescendo, cada vez mais a participação dos gastos no próprio setor público, ao lado de um decréscimo relativo dos gastos com credenciamentos e convênios com a rede privada. Isto se deve mais a redução do valor das tabelas de pagamento do que a redução do volume de serviços contratados da rede privada (38).

Embora tenha aumentado o volume dos gastos com saúde, a produção de serviços, especialmente no que diz respeito a consultas e internações hospitalares, não se comportou no mesmo sentido, em 1987 (tabela III.55)

Observou-se uma queda de 3,2% no número de consultas em 1987, com relação a 1986. Embora tal tendência já tenha sido verificada entre 1985 e 1986, a redução do número de consultas médicas é um fator preocupante, dado que a atual política do INAMPS baseia-se na expansão do atendimento ambulatorial integrado a um sistema universal, equânime e hierarquizado de prestação de serviços. Quanto às internações, o último ano manteve a tendência histórica a redução, dentro de uma política de racionalização dos serviços, especialmente os privados contratados.

Embora haja necessidade de uma análise mais apurada da estrutura dos gastos com assistência médica, sabe-se que pouco foi feito no campo de novos investimentos em ampliação da

capacidade de atendimento do setor saúde. Em outras palavras, as despesas de custeio continuaram a representar parcela crescente dos custos desses programas. Assim, ao que parece, a expansão dos gastos com a consequente redução da massa de serviços produzidos, pode indicar um aumento dos custos (e até mesmo uma redução da eficiência) do setor de assistência médica da Previdência Social. Mas deve-se levar em conta que 1987 foi um ano de profundas mudanças operacionais na política do INAMPS. O repasse de recursos aos Estados, a partir da confecção das Programações e Orçamentações Integradas (POIs) estaduais, representou uma reorganização da estrutura dos serviços nestas esferas. Momentos como esse não são propícios a comparabilidade de desempenho, em função do caráter absorvedor de recursos das estratégias de mudança. Por outro lado, a existência de prolongadas greves dos funcionários do complexo previdenciário não propiciou registrar maior produção de serviços em 1987.

Os gastos com assistência social correspondem aos programas desenvolvidos pela LBA e pela FUNABEM. Como foi visto anteriormente, estas duas Fundações tiveram largo incremento em seus orçamentos reais ao longo do ano findo. Como decorrência, os programas por ela administrados aumentaram em volume de gasto, como será visto a seguir.

Observa-se pela tabela III.56 que entre 1985 e 1987 as despesas com assistência social cresceram quase que em progressão geométrica. O gasto com estes programas no período janeiro-outubro de 1987 foi mais de quatro vezes superior ao do mesmo intervalo de tempo em 1985.

Os tres grandes itens de despesa até agora analisados - Benefícios, Assistência Médica e Assistência Social - compõe as chamadas "atividades finalísticas" do SINPAS. Os dois outros grupos - Pessoal e Outras Despesas - são mais apropriados a um controle administrativo dos gastos do sistema.

Entre 1985 e 1986 os gastos com pessoal e encargos sociais apresentaram um aumento real de 19%, o que foi resultado da melhoria dos salários, de um lado, e do aumento dos quadros de funcionários da Previdência, de outro (tabela III.57). Tal movimento, no entanto não se verificou entre 1986 e 1987. Considerando-se os gastos acumulados com pessoal e encargos entre janeiro e outubro, verifica-se uma queda real de 6,8%. Nota-se que isto ocorreu a despeito de uma melhoria relativa dos salários dos previdenciários, depois de uma longa greve deflagrada no final do segundo semestre de 1987. Certamente que, se considerados os gastos com essa rubrica nos meses de novembro e dezembro, a diferença entre 1986 e 1987 quanto ao montante total das despesas com pessoal e encargos deverá diminuir.

As chamadas "outras despesas", como se observa na tabela III.57, tiveram comportamento relativamente estável entre 1985 e 1986, apresentando um ténue crescimento de 7,9%. Porém, no acumulado janeiro-outubro, verificou-se um crescimento real de 126,4% entre 1986 e 1987. Embora não hajam evidências numéricas,

acredita-se que tal comportamento foi uma decorrência da expansão dos investimentos em instalações, como foi o caso da compra da nova sede da DATAPREV no Rio de Janeiro e dos apartamentos funcionais do INAMPS, em Brasília.

A partir deste quadro geral, pode-se conhecer qual foi a composição interna dos gastos do SINPAS nos três últimos anos. Observa-se, que os gastos com benefícios vem se reduzindo rapidamente, especialmente entre 1986 e 1987, no bojo das despesas totais da Previdência Social. Em compensação, registrou-se um aumento dos demais itens de despesa. Os gastos com assistência médica e assistência social tiveram incrementos mais rápidos em sua participação do que os observados nas despesas com pessoal. Mesmo assim, estas representaram, em 1987, cerca de 11% do volume de gastos do sistema. Destaca-se ainda o forte incremento da participação das outras despesas, que sobem de 3,4% para 8,0% do total de gastos do SINPAS, entre 1986 e 1987.

Com base nestas evidências vale ressaltar que, em linhas gerais, o ano de 1987 foi atípico, em relação a série anteriormente existente de receitas e despesas da Previdência Social. Para entender a especificidade das transformações no gasto em assistência médica, é necessário conhecer a natureza dos movimentos sociais, transformações, propostas e medidas concretas ocorridas no campo das políticas de saúde, entre 1985 e 1987. Esse assunto será tratado com mais detalhe no epílogo desta monografia.

### NOTAS DO CAPÍTULO III

(1) - Dentre os diversos trabalhos existentes sobre a constituição do sistema de saúde no Brasil, destacam-se os de MADEL LUZ, T., "Medicina e Ordem Política Brasileira"; Ed. Graal, Rio de Janeiro, 1982 e "As Instituições Médicas no Brasil"; Ed. Graal, Rio de Janeiro, 1979; o de POSSAS, C.A., "Saúde e Trabalho: A Crise da Previdência Social", Ed. Graal, Rio de Janeiro, 1981; o de TEIXEIRA, S.M.F. e OLIVEIRA, J., "A (Im)Previdência Social no Brasil", Ed. VOZES/ABBASCO, Rio de Janeiro, 1986; o de BRAGA, J.C.S. e GOES DE PAULA, S., "Saúde e Previdência: Estudos de Política Social", Ed. CEBES/HUCITEC, São Paulo, 1981; o de CORDEIRO, H., "A Indústria da Saúde no Brasil", Ed. Graal, Rio de Janeiro, 1983. Dentre os trabalhos não publicados, destacam-se os de AROUCA, A.S., "O Dilema Preventivista: Contribuição à Crítica da Medicina Preventiva no Brasil", Tese de Doutorado apresentada na Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, Campinas, 1975 (mimeo.); e SILVA, P.L.B., "A atenção à Saúde como Política Governamental". Dissertação de Mestrado, IFCH/UNICAMP, 1984 (mimeo.).

(2) - Sobre este ponto ver MEDICI, A.C. e SILVA, P.L.B., "Alternativas de Financiamento da Atenção à Saúde" in "Anais da 8a. Conferência Nacional de Saúde, Ed. Min. da Saúde, Brasília, 1987, pp.173-220.

(3) - Sobre a estrutura da receita tributária dos distintos níveis de governo, ver AFONSO, J.B.R., "Fontes de Financiamento dos Governos Estaduais e Municipais no Brasil". Relatório apresentado a Comissão Nacional de Reforma Tributária da SEPLAN, mimeo., 1985.

(4) - Ver SCHWARZ, M., "Social Security in Brazil: A Welfare Policy based on the Payroll", Ed. Cartgraf, Coleção ILDES 1, Campinas, 1980. Ver pag. 12.

(5) - O Plano de Fronta Ação - PPA - foi criado pela portaria 39 do MPAS, em 5/9/1974 e destinava-se a tornar os serviços de saúde mais acessíveis aos beneficiários da Previdência Social. Com o tempo, o PPA, apesar de seu alcance limitado, tornou-se um programa de atendimento universalizado da Previdência Social. Uma análise pormenorizada do PPA pode ser encontrada em TEIXEIRA, J. M. F., "Análise de um Modelo de Assistência Médica: o Plano de Fronta Ação"; Tese de Mestrado, IUPERJ, Rio de Janeiro, 1982, mimeo.

(6) - Para uma análise da lógica e do comportamento dos Fundos Sociais ver SILVA, B.A., "Um Estudo sobre as Contribuições Sociais". Tese de Mestrado apresentada ao Instituto de Economia Industrial da UFRJ, Rio de Janeiro, mimeo., 1987.

(7) - Ver sobre este ponto BRAGA, J.C.S., e GOES DE PAULA, S.,

"Saúde e Previdência:...", op.cit., capítulo 3.

(8) - Sobre o comportamento dos gastos sociais nos estados e municípios ver MEDICI, A.C., "O Custeio da Política Social ao Nível Regional: Subsídios para uma Estratégia de Descentralização". Ed. IEI/UFRJ, Textos para Discussão No. 134, Rio de Janeiro, dez./1987.

(9) - Ver AFONSO, J.R.R., "Fontes de Financiamento...", op.cit.

(10) - Ver MEDICI, A.C. e SILVA, P.L.B., "Considerações sobre o Gasto em Saúde no Brasil: Dilemas até o Final do Século", INAMPS, Rio de Janeiro, setembro de 1987, mimeo.

(11) - Ver VIANNA, S.M. e PIOLA, S.F., "Os Desafios da Reforma Sanitária". IPEA/IPAN/CSP, Brasília, 1986, mimeo.

(12) - Na verdade esta independência é relativa, pois mecanismos como a dedução do imposto de renda, já mencionados anteriormente, financiam indiretamente boa parte das ações privadas de saúde.

(13) - Ver MEDICI, A.C., e SILVA, P.L.B., "Financiamento e Gasto do Setor Saúde no Brasil até 1986: Balanço, Perspectivas e Opções de política"; Rio de Janeiro, 1986, mimeo. Ver também COUTINHO, M.C. "Financiamento de Programas Sociais no Brasil, com Especial Atenção ao Atendimento Médico" in Revista de Administração Pública, V.21, No. 2, abr/jun de 1987, Ed. FGV, Rio de Janeiro, pp.5-23.

(14) - Sobre este ponto ver FAGNANI, E. e SILVA, P.L.B., "Dilemas do Reordenamento da Política Social na Transição Democrática". Trabalho apresentado no IX Encontro da ANPOCS, Aguas de São Pedro (SP), out. de 1985, mimeo. Uma análise mais pormenorizada desses mecanismos na crise pode ser encontrada em FAGNANI, E., BRAGA, J.C.S., e SILVA, P.L.B., "Recessão e Financiamento das Políticas Sociais" Ed. IESP/FUNDAF, Série Textos para discussão No. 07, São Paulo, setembro de 1986.

(15) - Ver FAGNANI, E. e SILVA, P.L.B., "Dilemas do Reordenamento:...", op. cit. Ver também MEDICI, A.C. e SILVA, P.L.B., "Financiamento e Gasto...", op.cit.

(16) - MEDICI, A.C., e SILVA, P.L.B., "Financiamento e Gasto...", op. cit.

(17) - Idem, Ibidem.

(18) - SERRA, J. "A Crise Econômica e o Flagelo do Desemprego" in Revista de Economia Política, V 4, No. 4, out./dez. de 1984.

(19) - Esta parte do trabalho baseou-se em MEDICI, A.C., "Financiamento das Políticas de Saúde no Brasil" in Boletim de la Oficina Sanitária Panamericana, V.103, No.6, diciembre, 1987, Ed. Organização Panamericana da Saúde, Washington, pp. 571-598.

(20) - Existem evidências de que na crise recente, o número de pensões e auxílios por doença ou invalidez temporária aumentaram vultosamente enquanto formas de complementação de renda. Para tal, o beneficiário se utilizava de alguma fraude para obter o benefício e continuava a trabalhar em outros locais.

(21) - Ver ROBERTSON, A.H., "The Coming Revolution in Social Security"; Reston Publishing Company Inc., Virginia (USA), 1981, 376p.

(22) - Os Fundos de Participação dos Estados (FPE) e Municípios (FPM) são recursos oriundos da arrecadação tributária da União e repartidos entre as esferas locais.

(23) - LIMA, M.A., BAPTISTA, L.P.M. e MUNIZ, K.F.S., "FINSOCIAL - Análise Sumária de seu Funcionamento - 1982/1986"; IPEA/ASTEC, Brasília, jan. de 1987, mimeo.

(24) - Idem, Ibidem.

(25) - As estimativas para 1987 apontam que o INAMPS retornou à participação histórica de 32% das receitas do SINPAS, obtida em 1976.

(26) - MEDICI, A.C. (Coordenador) et. alii., "O Financiamento da Saúde". Relatório Final da Comissão Nacional de Reforma Sanitária (CNRS) in "CNRS - Documentos III", Ed. CNRS, Rio de Janeiro, 1987, pp. 57-98.

(27) - Ver a esse respeito VIANNA, S.M., PIOLA, S.F., BAPTISTA, L.P.M. e MCGREEVEY, W.P., "Recessão e Gasto Social: A Conta Social Consolidada 1980-1986", IPEA/IPLAN/CSP, Brasília (DF), dezembro de 1987, mimeo., 17p.

(28) - Ver MEDICI, A.C., "O Custeio da Política Social...", op.cit.

(29) - Ver MEDICI, A.C. e SILVA, P.L.B., "Considerações sobre...", op.cit.,

(30) - Considera-se como trabalhador de saúde todas as pessoas que, tendo ou não formação ou capacitação específica, encontram-se trabalhando no setor. Analogamente, considera-se profissional de saúde aquele que detém formação ou capacitação específica para exercer atividades no setor, independentemente de estar ou não trabalhando em atividades de saúde. Há ainda um terceiro conceito - o de pessoal de saúde - que representa aqueles que, detendo formação ou capacitação específica, trabalham em atividades de saúde.

(31) - Ver MEDICI, A.C., "O Emprego em Saúde na Conjuntura Recente: Lições para a Reforma Sanitária" in Cadernos de Saúde Pública, V.2, No.4, out/dez de 1986.

(32) - Ver item III.3.2 deste capítulo.

(33) - Ver item III.4.3 deste capítulo.

(34) - As "Outras Receitas" são constituídas, basicamente pelas receitas patrimoniais, industriais e financeiras, doações e subvenções recebidas, exceto da União, remuneração recebida pela prestação de serviços de arrecadação, fiscalização e cobrança por conta de terceiros, receitas auferidas pelas unidades integrantes do SINPAS, arrendamentos de bens, etc.

(35) - Uma descrição pormenorizada destas fontes pode ser encontrada no artigo "Financiamento e Gasto do Setor Saúde até 1986: Balanço, Perspectivas e Opções de Política", elaborado por André Cezar Medici e Pedro Luiz Barros Silva, mimeo., 1986.

(36) - Idem, Ibidem.

(37) - Podem ser computados 41 tipos de benefícios pagos regularmente pelo INPS. Destes 19 são relativos aos trabalhadores urbanos, 9 aos regimes de acidentes de trabalho dos trabalhadores urbanos, 4 aos empregadores rurais, 6 aos trabalhadores rurais e 3 aos acidentes de trabalho dos ocupados (trabalhadores e empregadores) rurais.

(38) - A este respeito, ver MEDICI, A.C., "O Financiamento das Políticas de Saúde no Brasil" in Boletim de la Oficina Sanitaria Panamericana", vol. 103, No.6, diciembre 1967, Ed. OPS, Washington, pp.571-598.

EPILOGO

A CONSTRUÇÃO DA UTOPIA SANITARIA NO BRASIL

## INTRODUÇÃO

A Reforma Sanitária no Brasil é uma utopia inadiável (1), mas existem muitos percalços de ordem política, administrativa, institucional e financeira para que tal utopia se transforme em realidade no curto prazo. É mais provável que, sem acidentes de percurso, as transformações do sistema de saúde no Brasil sejam feitas lentamente, a exemplo do que ocorreu com a Reforma Sanitária Italiana; mesmo reconhecendo que aquele país não enfrentou tantos entraves políticos, o que foi favorecido pelo alto grau de mobilização e participação da sociedade civil no processo. No Brasil, sabe-se que apesar de todo o turbilhão de mobilização que aparentemente inspira a Reforma Sanitária, a sociedade civil é extremamente desmobilizada. É em que pese toda a penetração social do movimento sanitário; um dos mais fortes movimentos neo-corporativos do Brasil atual, existem fortes interesses privados, burocráticos, corporativos, encastelados dentro e fora do sistema de saúde hoje configurado.

Para entender a natureza desses entraves, é necessário reconstituir as origens do processo da Reforma Sanitária, que apesar de ter seu início formal em 1936, com a 8a. Conferência Nacional de Saúde, apresenta raízes mais antigas.

Segundo TEIXEIRA (2), o trabalho de AROUCA (3) foi um dos principais fundamentos teóricos do "movimento sanitário" (4). Neste trabalho, a medicina preventiva, antes um simples ramo das ciências médicas, passa a ser analisada enquanto um "movimento ideológico". O discurso da medicina preventiva partia da crítica do uso estatal da prática médica convencional, demonstrando sua ineficiência, derivada da não utilização do social como ponto de partida para uma efetiva e mais eficaz intervenção governamental na área da saúde. Nesse particular, a incorporação do social na prática médica, e portanto da prática preventivista nas instituições governamentais seria revolucionária num duplo sentido:

a) - Pelo impacto redistributivo na melhoria do nível de saúde decorrente de uma atenção "preventiva" a todos, em contraste a uma atenção curativa aos que procurassem o sistema;

b) - Pela eficiência na cobertura e pela redução que o gasto governamental poderia alcançar, no médio prazo, a partir da implantação de um efetivo sistema de prevenção à saúde. Em outras palavras, o investimento inicial em montar uma rede de prevenção (que é mais barata e mais simples) seria mais que compensado com a redução posterior do custo da atenção curativa, que costuma ser mais complexa e mais cara.

As sementes teóricas lançadas foram enriquecidas com novas abordagens e novos conceitos, como o de organização social da prática médica (5), análise das relações entre saúde e

processo social e classes sociais, com abordagens específicas sobre o mercado de trabalho médico (6), medicalização da sociedade, indústria da saúde e empresas médicas, tentando resgatar os estudos sobre a reprodução das formas capitalistas de organização da saúde em geral e no Brasil (7).

Mas a medicina preventiva, embora fosse um discurso nascido no seio da academia, não se ajustava à camisa de força que, ainda naqueles anos de autoritarismo, separava academia e sociedade. Logo o discurso preventivista se reproduzia nas instituições da sociedade civil e se transformava em movimento social. A criação de organismos como o Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (CEBES) e a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), todos com penetração nacional, foram importantes caminhos para a consolidação do movimento sanitário; um movimento que em finais dos anos setenta já tinha canais nos órgãos de imprensa, como demonstram os artigos jornalísticos de Carlos Gentile de Mello, e nas próprias instituições oficiais de saúde.

Programas como o de interiorização das ações de saúde e saneamento (PIASS), destinado a reaparelhar as regiões mais carentes com postos de saúde, e outros como o PREVSAUDE, o CONASP e as Ações Integradas de Saúde foram feitos, em grande medida, sob inspiração de idéias do movimento sanitário, que funcionava como uma câmara social "ad hoc" para discussões, encaminhamentos e denúncias ligadas ao setor. Órgãos como o INAMPS, Ministério da Saúde, IPEA/IPLAN e até mesmo a OPS passavam a incorporar a defesa da bandeira da medicina preventiva. Este movimento cresceu continuamente até o espoucar da Nova República.

Os anos de 1985 a 1987 foram os que marcaram a maior mobilização social em torno das questões ligadas à saúde coletiva, bem como caracterizaram a tomada da direção de algumas das principais instituições nacionais de saúde pelo movimento sanitário. Assistiu-se, nesses anos, novos caminhos para a FIOCRUZ (Antônio Sérgio Arouca), INAMPS (Hésio Cordeiro), Secretaria Geral do Ministério da Saúde (Eleutério R. Netto, J. Hermógenes), além de outros órgãos e escalões inferiores e várias Secretarias Estaduais de Saúde.

Nestes anos três grandes eventos foram marcantes na redefinição dos rumos da política nacional de saúde: a 8a. Conferência Nacional de Saúde, a organização e funcionamento da Comissão Nacional de Reforma Sanitária (CNRS) e a definição e início de funcionamento dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS)

A 8a. Conferência Nacional de Saúde foi realizada em Brasília, entre 17 e 21 de março de 1986. Com cerca de 5.000 participantes - representando sindicatos, movimentos sociais, profissionais de saúde, organismos governamentais do setor em diversos níveis e instâncias, além de políticos e parlamentares - dela emanaram princípios e propostas concretas, relacionados com saúde, cidadania, organização do setor e financiamento. A partir

dos debates efetuados na Conferência;

"...ficou evidente que as modificações necessárias ao setor saúde transcendem aos limites de uma reforma administrativa e financeira, exigindo-se uma reformulação mais profunda, ampliando-se o próprio conceito de saúde e sua correspondente ação institucional, revendo-se a legislação que diz respeito à promoção, proteção e recuperação da saúde, constituindo-se no que se está convencendo chamar de Reforma Sanitária" (8).

Do consenso quanto a estes pontos, três princípios básicos emanaram, no que diz respeito ao funcionamento dos serviços de saúde:

a) Universalização das ações públicas de saúde, como decorrência de que "saúde é um direito de todos e um dever do Estado". As propostas universalistas de cidadania social surgem, a partir de então, de forma explícita;

b) Equidade de atendimento, como proposta para suprimir os privilégios e as clientelaes que, por diversos motivos, existem nas formas públicas de atendimento ou custeio direto e indireto dos serviços de saúde. Todos teriam direito, portanto, ao mesmo tipo e modalidades de atenção;

c) Integralidade quanto ao fornecimento de bens e serviços de saúde. Todos teriam, igualmente, direito a uma atenção integral à saúde, do nível mais básico ao mais complexo de atendimento, independentemente do custo envolvido. A saúde, nesta visão, deveria ser entendida numa perspectiva integral, englobando não só as ações de saúde pública e assistência médica, mas também aquelas referentes ao saneamento básico, vigilância ambiental e das condições de trabalho, oferta de medicamentos, fármacos, imunobiológicos, sangue e hemoderivados, equipamentos médicos e alimentos às populações carentes. Assim, todas as ações que pudessem interferir no quadro nosológico da população deveriam ser objeto de intervenção do poder público.

Alguns pontos, por serem polêmicos, não ficaram totalmente definidos na 8a. Conferência, especialmente os que dizem respeito as formas de gestão (relacionamento do setor público com o setor privado prestador); a relação institucional saúde e previdência, embora fosse quase consensual a necessidade de um comando único (ministério único) para o setor, e os problemas relacionados ao financiamento e custeio setorial.

Em termos dos propósitos relacionados à organização do sistema, foram definidas questões como a descentralização, regionalização, hierarquização da rede de serviços e participação popular na gestão dos sistemas locais.

A Comissão Nacional da Reforma Sanitária, criada em outubro de 1986 e extinta em abril de 1987, tinha por objetivos,

detalhar, aprofundar e dar um formato jurídico-institucional mais acabado às propostas defendidas na 8a. Conferência Nacional de Saúde, mantendo o maior grau de representatividade social possível:

"Nomeada por Portaria Interministerial (Ministros da Saúde, Previdência e Assistência Social e Educação), numa conjuntura política de transição, esta Comissão é representativa de diferentes setores da sociedade brasileira e do estado, e tem a incumbência de formular propostas para o reordenamento institucional e jurídico do sistema de saúde do país" (9).

Observou-se, com a CNRS, uma visão mais clara do que seriam os princípios finalísticos e organizativos da Reforma Sanitária Brasileira.

Os princípios finalísticos seriam constituídos pela universalização, equidade e integralidade, já mencionados, acrescentados da descentralização, entendida como planejamento, execução e controle local das ações de saúde; e da participação social na definição e na fiscalização das tarefas do sistema (10).

Os princípios organizativos ou estratégicos seriam a integração multi-institucional, com comando único em cada esfera de Governo; a regionalização/hierarquização das ações de saúde; a distritalização sanitária e a gestão colegiada.

A integração multi-institucional seria a fusão de todas as instituições prestadoras de serviço numa única instituição, com comando centralizado em cada Estado ou Município. Isto exigiria, ao nível do Governo Central a fusão das instituições de saúde (basicamente INAMPS e Ministério da Saúde) numa única instituição.

A Regionalização/Hierarquização representaria a integração de toda a rede de serviços em níveis crescentes de complexidade, com a criação de sistemas de referência e contra-referência de serviços, de forma a possibilitar não só uma adequada rede de prevenção como uma eficiente forma de entrada e sistemas de triagem de pacientes no interior do sistema.

A Gestão Colegiada seria dada pela participação de diversos segmentos do Governo, da Sociedade, dos Profissionais de saúde e dos prestadores de serviços na administração das novas redes unificadas e descentralizadas de serviços.

Por fim, a distritalização sanitária seria dada pela divisão do país em áreas homogêneas quanto ao quadro sócio-econômico, sanitário e segundo as modalidades assistenciais existentes. Tais áreas homogêneas seriam chamadas de "distritos sanitários". Cada distrito sanitário teria especificidades próprias que seriam ponto de partida para a organização dos serviços locais.

O passo seguinte, em direção a Reforma Sanitária, foi dado pelas Secretarias Estaduais de Saúde e pelo INAMPS, a partir da organização dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS). Os SUDS representam, ao nível concreto, a primeira etapa de implantação da Reforma Sanitária. Tais medidas foram regulamentadas pelo decreto No. 94.657, de 20 de julho de 1987, que dispõe sobre a criação desses sistemas.

Tem sido bastante copiosa a documentação que os Estados vem produzindo desde o segundo semestre de 1987 sobre organização e funcionamento dos SUDS. Dado ser um processo por demais recente e específico, não nos dispomos a tecer considerações sobre o assunto nesta monografia (11).

Vale destacar o importante papel que o INAMPS tem tido nesse processo, pelo menos até a demissão de Hégio Cordeiro da presidência daquela instituição em março de 1988. Aquele órgão vem promovendo desde 1985 um intenso processo de repasse de recursos para as Secretarias Estaduais e Municipais de saúde. Iniciando-se enquanto continuidade da estratégia das Ações Integradas de Saúde, estima-se, como foi visto no capítulo III, que em 1987 cerca de 32% dos recursos do SINPAS tenham sido gastos pelo INAMPS, e boa parte desses recursos foram repassados aos Estados para consolidação dos SUDS.

A estratégia do INAMPS é extinguir as atuais Superintendências Regionais do Órgão, repassando a rede de serviços local do INAMPS para a administração das Secretarias Estaduais de Saúde. Com isso são repassados também os recursos necessários a manutenção dessas redes, tanto no que se refere a custeio quanto ao investimento. O INAMPS fornece, ainda, recursos adicionais para reaparelhamento da rede e equiparação salarial (isonomia) dos funcionários do Estado com os do referido órgão federal. Como afirmou Cordeiro, então Presidente do INAMPS:

"Entendemos que a descentralização dos serviços de saúde, através da municipalização ou estadualização, deva ser uma das estratégias centrais no sentido da expansão de cobertura, da ampliação do controle social sobre a qualidade do atendimento e da própria possibilidade de aprimoramento dos cuidados com saúde" (12).

A meta, ao final de um tempo ainda indeterminado, é repassar integralmente o patrimônio (representado em prédios e instalações dos hospitais, postos e centros de saúde do INAMPS) para as administrações estaduais, bem como a responsabilidade pela manutenção dos quadros de pessoal, hoje a cargo do INAMPS, e a administração dos contratos e convênios com a rede privada de saúde. Tais contratos deixariam de revestir sua atual forma jurídica (contratos de direito civil) e passariam a ser contratos de direito público onde uma das partes intervenientes (o setor público) tem poderes para fiscalizar, acompanhar punir e ter acesso as informações relacionadas ao desempenho dos serviços que

são contratados.

"O Princípio básico da definição dessas relações reside em seu atrelamento às normas contratuais do direito público, e torna-se fundamental que esse princípio fique plenamente conceituado na Nova Constituição, viabilizando assim medidas que, embora já tenham sido colocadas em prática, sofrem eventuais obstáculos jurídicos e legais" (13).

Ao por em prática tal estratégia de descentralização, o INAMPS redefiniu os princípios que regem a reforma sanitária, que passariam a ser três:

a) Unificação Institucional, entendida como a confecção de planos e orçamentos institucionalmente integrados, articulação das ações preventivas e curativas, hierarquização dos níveis de atendimento (primário, secundário e terciário) e gestão unificada. Isto envolveria a necessidade de elaboração em cada estado de uma "programação e orçamentação integrada (POI), que já vem sendo montada desde 1986; de uma isonomia salarial que crie um único plano de carreira funcional para todo o pessoal de saúde a cargo do serviço público, um custeio que deixe progressivamente de ser previdenciário e passe para o orçamento fiscal dos Estados e um novo relacionamento com a rede privada, como já foi mencionado;

b) Descentralização, baseada nas estratégias de estadualização, municipalização e distritalização sanitária e da maior possibilidade de controle social e;

c) Democratização da saúde, representado pela universalização e equidade, quebrando clientelas e privilégios e garantindo a todos uma expansão da qualidade e da quantidade de serviços existentes.

Não resta dúvida que estes três anos marcaram consideráveis avanços no que tange as estratégias descritas. A rede de 41 hospitais e 614 postos de assistência médica do INAMPS passou para a administração das secretarias de saúde, conjuntamente com os 117.000 funcionários que atuam nessas unidades (14). As Superintendências Regionais do INAMPS foram extintas, criando-se em seu lugar os escritórios regionais, com funções de acompanhamento e controle e não mais de execução. Esse processo avança sem muita uniformidade ao nível estadual, mais tem sido notável seu dinamismo.

Mais deixemos de lado as recentes realizações e concentremo-nos em seus obstáculos para o futuro. Dissemos, no início desse epílogo, que a concretização da utopia sanitária brasileira envolve percalços de ordem política, administrativa, institucional e financeira.

Ao nível político, a descentralização tem pros e

contras. Os argumentos a favor, no caso da saúde, são:

a) - Ao nível local é mais fácil a participação da população na definição das regras e na fiscalização do sistema do que ocorre ao nível central;

b) - Da mesma forma, é mais fácil planejar com o melhor conhecimento da realidade e corrigir a tempo os acidentes de percurso;

c) - O gasto ao nível descentralizado é, tradicionalmente mais comprometido com programas sociais do que o gasto federal (15). Isto ocorre porque, como a maioria dos programas sociais são operados localmente, uma redução do gasto teria efeitos diretos nos serviços e poderia ameaçar a popularidade dos políticos.

d) - A administração de redes locais torna-se mais barata (pois elimina os anéis burocráticos intermediários) e menos complexa, facilitando a obtenção de resultados.

Os argumentos contrários ligam-se, em grande medida à falta de coordenação interestadual que a descentralização possibilita em alguns programas (campanhas de vacinação são um exemplo); à existência de programas que tem vantagens comparativas com a centralização (compras de equipamentos e medicamentos) ou ao clientelismo político local que pode acelerar a corrupção ou a má utilização dos recursos.

Ao nível administrativo, questões como isonomia salarial são complicadas quando se tenta combinar uniformidade de critérios com tempo político-administrativo de consecução. O melhor seria, nesse caso, abandonar a idéia de criar uma isonomia salarial nacional no mesmo tempo e abraçar outra de fazer isonomias estaduais na medida em que for possível.

Ao nível institucional, sabe-se que muitas instituições, como a SUCAM - Superintendência Nacional de Campanhas Sanitárias e a Fundação Serviço Especial de Saúde Pública - SESP, detêm especificidades, conhecimento e tecnologia não disponíveis pelas redes estaduais e municipais. A desmontagem da estrutura administrativa desses órgãos pode trazer retrocessos na qualidade dos serviços prestados, pelo menos num primeiro momento. Isso sem contar a tradicional "resistência à mudanças, que é muito comum a corpos funcionais tão antigos como o destas instituições, as quais cristalizam procedimentos no que se chama "cultura organizacional".

Não nos deteremos sobre estes pontos, dado serem por demais específicos, fugindo aos objetivos desse trabalho. Iremos concentrar a análise nos chamados "percalços de ordem financeira", e para tal, passaremos a analisar a atual proposta de financiamento setorial.

## O FINANCIAMENTO A SAÚDE NA NOVA CARTA CONSTITUCIONAL

Muitas das propostas feitas sobre a montagem da estratégia de financiamento do setor saúde para a Reforma Sanitária já foram descartadas. Quem quiser ter uma idéia detalhada destas propostas, deve procurar os Anais da 8a. Conferência Nacional de Saúde (16) ou o livro "Documentos III" da CNRS (17). A análise a ser feita, portanto, concentra-se na proposta contida no projeto de Constituição Bernardo Cabral, o qual se baseia no conceito de "seguridade social".

As principais modificações que dizem respeito as bases de sustentação financeira e as receitas da nova Seguridade Social estão contidas no anteprojeto do relator da Comissão de Sistematização da Assembléia Nacional Constituinte; Senador Bernardo Cabral. Segundo este ante-projeto, a Previdência passa a ser administrada sob o conceito de Seguridade Social, que engloba "um conjunto integrado de ações, voltado para assegurar os direitos relativos à Saúde, à Previdência e à Assistência Social" (Titulo VIII - Da Ordem Social; Capitulo II - Da Seguridade Social; artigo 223). Uma das diretrizes básicas da Seguridade Social diz respeito a "diversidade da base de financiamento" (art.223, parágrafo 1o., inciso V).

Tal diversidade baseia-se no fato de que "A Seguridade Social será financiada compulsoriamente por toda a sociedade, de forma direta e indireta, mediante contribuições sociais e recursos provenientes da receita tributária da União, na forma da lei" conforme consta no artigo 224.

No parágrafo 1o. deste artigo, consta que as contribuições sociais referidas são:

"I - Contribuição dos Empregadores, incidente sobre a folha de salários, o faturamento e o lucro, ressalvadas as contribuições Compulsórias dos Empregadores sobre a folha de salários, destinadas à manutenção das entidades de serviço social e de formação profissional.

II - Contribuição dos Trabalhadores;

III - Contribuição sobre a Receita de Concursos de Prognósticos;"

Estes três itens já introduzem grandes modificações na anterior forma de cálculo das receitas previdenciárias. A contribuição dos empregadores; antes calculada unicamente sobre a folha de salários; torna-se mais diversificada, na medida em que passa a incidir, também sobre o lucro e o faturamento das empresas. Tal diversificação abre a possibilidade técnica de eliminar algumas das sérias distorções oriundas do atual critério de incidência. Em primeira instância, na medida em que os lucros apresentam-se mais inelásticos, com relação à queda, do que os

salários, nos períodos recessivos, a diversificação permitiria evitar decréscimos tão fortes quanto os verificados na receita da Previdência na última crise. Em segunda instância, a contribuição sobre o lucro ou sobre o faturamento constitui critério mais justo de incidência porque penaliza em igual proporção as empresas com distintas intensidades de utilização de trabalho e capital em sua composição de custos.

Quanto a contribuição sobre a receita de concursos de prognósticos, hoje administrada através do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS), integrante do sistema CEF, vale dizer que sua incorporação ao Sistema de Seguridade Social irá permitir novos aportes de recursos ao investimento em infraestrutura de assistência social e assistência médica, pois tradicionalmente tem sido essa a utilização desses recursos.

O parágrafo segundo do artigo 224, diz ainda que "A lei poderá instituir outras fontes destinadas a garantir a manutenção ou expansão da seguridade social...". Mas o parágrafo seguinte diz que não poderão ser criados novos programas de benefícios ou serviços sem que sejam criadas fontes adicionais de recursos. Isto permite evitar estrangulamentos financeiros verificados no passado, quando a Previdência, em função de excessos momentâneos de Caixa ou boas perspectivas de crescimento da arrecadação expandia sua cobertura de serviços e benefícios, contribuindo para ampliar a magnitude do estrangulamento financeiro nos períodos de crise.

Por fim, a nova sistemática de administração financeira dos recursos da Seguridade Social prevê uma descentralização da gestão dos recursos, de acordo com a natureza do seguro social. Os órgãos responsáveis pela saúde, previdência e assistência social terão, a partir da formulação, integração e compatibilização programática de seus orçamentos, independência financeira no que se refere ao destino dos recursos. Tal processo já se iniciou na gestão Rafael de Almeida Magalhães, com a criação do Sistema Unificado Descentralizado de Saúde (SUDS).

Em termos reais, no entanto, e apesar de todos os efeitos "anti-cíclicos" que a diversificação das fontes de custeio possa vir a ter, esses recursos não representam um adicional muito maior de recursos, se comparado com o atual FPAS, na medida em que a única fonte efetivamente adicionada aos recursos atuais é a receita sobre concursos e prognósticos. Não se sabe, por outro lado, qual o efeito que a diversificação de fontes terá na composição da receita, dado que os mecanismos para tal ainda não foram definidos.

O Projeto Bernardo Cabral preconiza que um percentual nunca inferior a 30% do Fundo Nacional de Seguridade Social será destinado ao custeio das atividades públicas de saúde. Como foram gastos 32% em 1987, a cifra apresentada pelo projeto não representa, em seu patamar mínimo, acréscimo com relação ao atual nível de gastos.

Além disso, o Fundo de Seguridade Social irá incorporar o orçamento do Ministério da Saúde que, ao que se saiba, tem no FINSOCIAL boa parte de seus ingressos. Quanto a esse ponto cabem indagações do tipo:

a) E se os recursos do FINSOCIAL deixarem de ser repassados ao Fundo de Seguridade Social ou não forem incorporados a esse fundo? Quando o projeto Bernardo Cabral diz que o faturamento das empresas será uma das bases de contribuição da seguridade social, está aberta a possibilidade do FINSOCIAL (que incide sobre o faturamento das empresas) passar a compor estes recursos; mas a garantia quanto a este ponto só será dada por ocasião da regulamentação do Fundo de Seguridade Social, o que ocorrerá a partir da promulgação da nova Constituição.

b) E se o Governo adotar práticas de corte orçamentário, como sempre fazia, a alguns anos, no que diz respeito à contribuição da União?

Caso esses dois interrogantes se confirmem, os recursos para a saúde não irão aumentar tão substancialmente. Neste caso, a alternativa será esperar um aumento progressivo do orçamento dos Estados para que eles joguem mais recursos nos SUDS estaduais. A reforma tributária contida no projeto Bernardo Cabral apresenta a possibilidade de uma tênue redistribuição da carga fiscal em favor dos Estados. Mas, como não existe nenhum mecanismo que, formalmente, amarre os recursos dos orçamentos fiscais estaduais ao SUDS, a decisão de gastar mais com saúde, a partir dos recursos do orçamento fiscal vai depender das negociações e dos mecanismos políticos de pressão montados para tal fim no interior de cada Estado.

A Programação e Orçamentação Integrada (POI), criada em 1986, é um instrumento que, a partir das técnicas de orçamento-programa, permite fazer a integração inter-institucional dos órgãos de saúde em cada Estado. Embora as primeiras POIs tenham sido feitas com um nível de precisão lamentável, é possível que o avanço dos Estados na elaboração dessa peça possa ajudar a comprometer, futuramente os gastos fiscais estaduais com o setor.

No entanto, mesmo que sejam elaboradas POIs "exemplares", não há garantia de que os Estados aprovelem ou que sejam canalizados mais recursos para a saúde. Nos anos oitenta, em função do aperto orçamentário advindo da queda de receitas fiscais, muitos Estados passaram a utilizar uma administração orçamentária e financeira baseada no sistema de Caixa Única. Por esse sistema, Secretarias Estaduais como a de Saúde, podem empenhar recursos orçados, mas não desembolsar ou liberar efetivamente esses recursos, o que passa a ser atribuição específica das Secretarias de Fazenda. Neste caso, tais secretarias podem até discutir e vetar os recursos empenhados, podendo sempre "levantar a lebre" de irregularidades administrativas ou legais. Na maioria dos casos, o que ocorre é que as Secretarias de Saúde tem empenhado um volume maior de recursos do que o que tem sido liberado, em virtude de atrasos

dos processos de liberação.

Caso exemplar das situações acima comentadas é o que vem ocorrendo com o Governo de Minas Gerais, em 1987 e 1988, onde ao repasse de recursos do INAMPS para o SUDS, tem correspondido um progressivo esvaziamento dos recursos próprios do Estado alocados em programas de saúde, prejudicando o encaminhamento do processo de estadualização do sistema de saúde.

A criação de Fundos Unicos Estaduais de Saúde, geridos autonomamente pelas Secretarias de Saúde, compostos por recursos próprios dos Estados e de repasses do Governo federal, vem sendo apontada como solução para este tipo de problema. Estes fundos teriam personalidade jurídica própria e poderiam, inclusive aplicar financeiramente os recursos como forma de proteger o financiamento do SUDS da corrosão inflacionária. No entanto, alguns argumentos contrários vem sendo levantados, destacando-se a perda de controle do Governo do Estado e do Legislativo sobre os recursos, bem como a possibilidade de outras secretarias solicitarem procedimentos similares para seus recursos, o que reduziria a capacidade reguladora das Secretarias de Fazenda sobre as finanças estaduais.

Por fim, cabe lembrar que as perspectivas de crescimento da economia nos anos de 1988 e 1989 não são muito promissoras. A crise econômica e seus efeitos depressivos sobre a massa de salários, como foi visto na capítulo III, poderão comprometer as receitas da seguridade Social e, portanto, a magnitude dos recursos a serem repassados para a operação dos SUDS. Atuando no mesmo sentido, a crise também traz sintomas depressivos sobre as receitas estaduais e municipais. Mesmo com a reforma tributária, ela poderá ter efeitos na redução da parcela de recursos a disposição dos Estados para aplicação em programas sociais.

Mas em qualquer circunstância, grande parte dos novos recursos a serem repassados pelos Estados continuarão a depender de prioridades e negociações políticas. Assim, presume-se que os avanços do processo de descentralização do sistema de saúde serão bastante assimétricos e dependerão dos acordos políticos, da consciência social e da participação popular em cada Estado, na luta pela implantação do SUDS.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nos últimos três anos, viveu-se no Brasil a esperança e a descrença nas promessas de "tudo pelo social". Apesar dos dados indicarem um maior volume de gasto com os programas dessa natureza, não se operaram as reformas institucionais que poderiam

indicar a montagem, mesmo que tímida, de um Estado de Bem-Estar, a partir de bases democráticas, no que tange a participação social, e estáveis, no que diz respeito aos mecanismos de custeio. Ao invés de aumentar o escopo de programas permanentes de caráter universal, assistiu-se a deterioração dos programas já existentes, como é o caso de habitação, ao lado da criação de estruturas assistencialistas marcadas pela ineficiência e pelo clientelismo, como demonstram alguns programas da SEAC.

No meio desta paralisia e, em alguns casos retrocesso, pode-se dizer que os setores saúde e previdência social foram os que mais avançaram, não só enquanto projeto, mais também enquanto realização, destoando do sentido mais geral assumido pelas demais políticas sociais na Nova República.

Mesmo assim, a criação de um efetivo Estado de Bem-Estar não parece ser possível, numa economia periférica, sem rearranjos mais profundos na distribuição social da renda e na incorporação dos segmentos sociais historicamente excluídos do desenvolvimento. A melhor política de combate a pobreza é, sem vias de dúvida, aquela que permite tal incorporação. Seu âmago, no entanto, não está nos clássicos mecanismos de Social Welfare, mas sim na mudança do próprio padrão de acumulação de capital. É neste particular, que uma utopia parcial, como a reforma sanitária, encontra seus limites reais e seus pontos de contacto com a utopia mais geral de construção da cidadania na sociedade brasileira.

## NOTAS DO EPILOGO

- (1) - Ver TEIXEIRA, S.M.F., "Reforma Sanitária: Uma Utopia Necessária" in Revista Presença No.8, Rio de Janeiro, agosto de 1986.
- (2) - Ver TEIXEIRA, S.M.F., "O Dilema Reformista na Reforma Sanitária Brasileira", in Revista de Administração Pública, v.21 No.4, Ed. EBAF/FGV, Rio de Janeiro, out-dez de 1987, pp.94-115.
- (3) - AROUCA, A.S.S., "O Dilema Preventivista: Contribuição a Compreensão Crítica da Medicina Preventiva no Brasil", Tese de Doutorado, UNICAMP, Campinas, 1975.
- (4) - Acredito que o termo "movimento sanitário" tenha sido cunhado por Sara Escorel, em sua recém-defendida tese de mestrado na ENSP/FIOCRUZ.
- (5) - NOGUEIRA, R.P., "Medicina Interna e Cirurgia: a Formação Social da Prática Médica", Tese de Mestrado, IMS/UERJ, Rio de Janeiro, 1978.
- (6) - Ver trabalho de DONNANGELO, C., e FERREIRA, L. "Saúde e Sociedade, Livraria Duas Cidades, São Paulo, 1976.
- (7) - Ver trabalhos de CORDEIRO, H.A., "As Empresas Médicas no Brasil", Ed. Graal, 1982, e NOGUEIRA, R.P., "Capital e Trabalho nos Serviços de Saúde", mimeo., Brasília, 1982. Ver também trabalhos de Carlos Gentile de Mello.
- (8) - Relatório da 8a. Conferência Nacional de Saúde, Brasília, 17 a 21 de março de 1986.
- (9) - BRASIL/CNRS, "Síntese da Coordenação dos Grupos Técnicos como Contribuição ao Documento Final a ser elaborado pela CNRS", Brasília, março de 1987.
- (10) - Ver BRASIL/CNRS, "Documentos III".
- (11) - Um balanço das experiências estaduais recentes pode ser encontrado no documento de MIYASHITA, Hadjimu et alii., "Perspectivas Institucionais da Descentralização na Saúde", Ed. FUNDAP, DT24, São Paulo, março de 1988.
- (12) - CORDEIRO, H.A., "A Reforma Sanitária II - Propostas do Presidente do INAMPS", Ed. INAMPS, Rio de Janeiro, julho de 1987.
- (13) - Idem, ibidem.
- (14) - CORDEIRO, H.A., "A Política de Saúde na Nova República: Das Ações Integradas de Saúde ao Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde", março de 1988.

(15) - MEDICI, A.C., "O Custeio da Política Social ao Nível Regional: Subsídios para uma estratégia de descentralização", Ed. IEI/UFRJ, Textos para discussão No. 134, Rio de Janeiro, dez. de 1987. Pode-se notar que em 1984, 47% dos gastos estaduais eram feitos com programas sociais. Nos municípios essa participação chegava a 61%. No Governo Federal a participação é bem menor.

(16) - Ver MEDICI, A.C., SILVA, P.L.B., "Alternativas para o Financiamento da atenção à Saúde no Brasil" in Anais da 8a. Conferência Nacional de Saúde, Ed. Ministério da Saúde, Brasília, 1987.

(17) - Ver MEDICI, A.C. et alii, "O Financiamento da Saúde", in CNRS, Documentos III, Ed. CNRS, Brasília, 1987

## BIBLIOGRAFIA

- ABRANCHES, S.H., "Política Social e Combate a Pobreza: A Teoria da Prática" in "Política Social e Combate a Pobreza", Jorge Zahar Editor, Rio de Janeiro, 1987, pp. 10-31.
- \_\_\_\_\_, "The Politics of Social Welfare Development in Latin America", Estudos No.8, Ed. IUPERJ, Rio de Janeiro, 1982.
- ACEVEDO, G.S. e OLMEDO, C.V., "Informe de México 1982:1986: El Sistema de Salud en México; Orígenes, Definiciones y Avances" in Revista de Salud Pública de Mexico, V.28, No.6, México, nov-dec. de 1986.
- AFONSO, J.R.R., "Fontes de Financiamento dos Governos Estaduais e Municipais no Brasil", Ed. CRETAD/SEPLAN, Brasília, 1985.
- AGUIAR, M.A.S., ARRUDA, M. e FLORES, P., "Ditadura Econômica x Democracia: A Solução do Governo e as Alternativas". Ed. IBASE/CODECRI, Rio de Janeiro, 1983.
- ARAN, D., "Financiamiento del Sector Salud en el Uruguay", Ed. CELADU, Montevideo, 1986.
- ARELLANO, J.P., "Políticas Sociales y Desarrollo: Chile, 1924-1984", Ed. CIEPLAN, Santiago, 1985.
- AROUCA, A.S.S., "O Dilema Preventivista: Contribuição para a Compreensão e Crítica da Medicina Preventiva". Tese de Doutorado, Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, Campinas, 1975, mimeo.
- \_\_\_\_\_, (coord.), "O Complexo Previdenciário de Assistência Médica", Relatório de Pesquisa do PESES, ENSP/FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 1979, mimeo.
- AURELIANO DA SILVA, L.M.L. e DRAIBE, S.M. (coordenadoras), "A Crise Internacional e as Políticas Sociais: Uma Análise Comparada", NEFF/UNICAMP, Campinas, 1986, mimeo.
- AZEREDO, B., "A Questão do Financiamento da Política Social" in Anais do XVº Encontro Nacional de Economia, Ed. ANPEC, Salvador, 1987.
- \_\_\_\_\_, "Um Estudo Sobre as Contribuições Sociais: Tese de Mestrado, IEI/UFRJ, Rio de Janeiro, 1987, mimeo.
- AZEVEDO, M.E. e OLIVEIRA, F.B., "Previdência Social", Ed. IPEA/IPLAN/CNRH, Documento de Trabalho No.15, 1984.

BANCO MUNDIAL, "Relatório sobre o desenvolvimento Mundial - 1987", Ed. FGV/Banco Mundial, Rio de Janeiro, setembro de 1987.

\_\_\_\_\_, "La Pobreza en América Latina: El Impacto de la Depressión", Ed. Banco Mundial, Washington, abril de 1987, 28p.

\_\_\_\_\_, "Política Industrial e Exportação de Manufaturados", Ed. FGV, Rio de Janeiro, 1983

BRAGA, J.C.S. e GOES DE PAULA, S., "Saúde e Previdência: Estudos de Política Social", Ed. CEBES/HUCITEC, São Paulo, 1981.

\_\_\_\_\_, e SILVA, P.L.B., "A Crise da Previdência: Sinais de Impasse na Política Social", São Paulo, 1981, mimeo.

BRASIL/CNES, "Documentos III", Brasília, 1987.

BRASIL/MPAS, "Dimensões da Previdência e Assistência Social no Brasil", Ed. MPAS, Brasília, 1987.

\_\_\_\_\_, "A Previdência Social é Viável", Ed. MPAS, Brasília, 1986.

\_\_\_\_\_, "Rumos da Nova Previdência" in "Anais do Grupo de Trabalho para a Reestruturação da Previdência Social", tomo II, Ed. MPAS, Brasília, 1986.

\_\_\_\_\_, "Análise Econômico-Financeira da Previdência e Assistência Social 1979/1981", Ed. MPAS, Rio de Janeiro, 1981

\_\_\_\_\_, "A Reorientação da Assistência à Saúde no Ambito da Previdência Social", Ed. MPAS, 3a. ed., Brasília, 1983.

\_\_\_\_\_, "Ante-Projeto do PREVSAUDE", Versão Preliminar, Ed. MPAS, Brasília, agosto de 1980.

BRASIL/MPAS/INAMPS, "As Ações Integradas de Saúde na Nova República", Ed. INAMPS, junho de 1985.

BRASIL/MS, "Relatório de Avaliação do PIASS - 1976/1982", Ed. MS, Brasília, 1982.

BRAVERMAN, P., e SIEGEL, D., "Nicaragua: a Health System Developing Under Conditions of War" in International Journal of Health Services, V.17, No.1, 1987.

BRESSER PEREIRA, L.C., "O Último Golpe Contra o PMDB", Entrevista Concedida a Revista Senhor No. 354, Ed. Três, São Paulo, 1988.

BUCI-GLUCKSMANN, C. e THERBORN, G., "O Desafio Social-Democrata",

Publicações Dom Quixote, Lisboa, 1983

- CARDOSO DE MELLO, J.M., "O Capitalismo Tardio", Ed. Brasiliense, São Paulo, 1982.
- CARNEIRO, R. (org.), "Política Econômica da Nova República", Ed. Paz e Terra, São Paulo, 1986.
- CASTANEDA, T., "El Sistema de Salud Chileno: Organización y Financiamiento" in Boletim de la OSP", V. 103, No.6, Ed. OPS, Washington, diciembre de 1987, pp. 544-570.
- CASTORIADIS, C. e COHN-BENDIT, D., "Da Ecologia à Autonomia", Ed. Brasiliense, São Paulo, 1981.
- CASTRO, A. B. e PIRES DE SOUZA, F.E., "A Economia Brasileira em Marcha Forçada", Ed. Paz e Terra, Rio de Janeiro, 1986.
- C.E.P.A.L., "Preliminary Overview of Latin American Economy during 1984", Santiago, 1985, mimeo.
- COIMBEA, M.A., "Abordagens Teóricas ao Estudo das Políticas Sociais" in "Política Social e Combate a Pobreza", Jorge Zahar Editor, Rio de Janeiro, 1987, pp.65-104.
- \_\_\_\_\_, "Será que o Marxismo Responde à Pergunta de Como Surgem as Políticas Sociais?" in "Política Social e Combate à Pobreza", Jorge Zahar Editor, 1987, pp. 105-126.
- CORDEIRO, H.A., "A Indústria de Saúde no Brasil", Ed. Graal, Rio de Janeiro, 1980.
- \_\_\_\_\_, "Política de Saúde no Brasil" in "Saúde e Trabalho no Brasil", Ed. IBASE/VOZES, Petrópolis, 1982.
- \_\_\_\_\_, "As Empresas Médicas no Brasil", Ed. Graal, Rio de Janeiro, 1982
- \_\_\_\_\_, "A Reforma Sanitária II - Propostas do Presidente do INAMPS", Ed. INAMPS, Rio de Janeiro, julho de 1987.
- \_\_\_\_\_, "A Política de Saúde na Nova República: Das Ações Integradas de Saúde ao Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde", Ed. INAMPS, Rio de Janeiro, março de 1988.
- COUTINHO, L.G., "Política Econômica 1974-1980" in Revista de Economia Política, V.1, No.1. Ed. Brasiliense, São Paulo, jan-mar de 1980.
- COUTINHO, M., "A Previdência Social em Xaque: Uma Análise da Adequação dos Mecanismos de Financiamento" in Anais do XIII Encontro Nacional de Economia, E. ANPEC, Vitória, 1985.

- \_\_\_\_\_, "Financiamento de Programas Sociais com Especial Atenção ao Atendimento Médico". Revista de Administração Pública, No. 21 (2): 5-23, Rio de Janeiro, abr-jun de 1987.
- DAIN, S., "Dilemas do Financiamento da Nova Previdência", in Previdência em Dados, V.I. No.4, jul/set.1986, Ed. MPAS/DATAPREV, 1986.
- DE LA JARA, J., "La Salud Pública en Chile 1985", Santiago, mimeo., 1986
- DONNANGELO, C. e PEREIRA, L. "Saúde e Sociedade", Livraria Duas Cidades, São Paulo, 1976.
- DRAIBE, S.M., "Rumos e Metamorfoses: Um Estudo Sobre a Constituição do Estado e as Alternativas da Industrialização: 1930-1960", Tese de Doutorado apresentada ao Departamento de Ciências Sociais da USP, São Paulo, 1980, mimeo.
- FAGNANI, E. "A Política Social na Nova República: Impasse na Viabilização das Reformas Estruturais" UNICAMP/IE/CEC, Campinas, março de 1987. mimeo.
- \_\_\_\_\_, BRAGA, J.C.S e SILVA, P.L.B., "Recessão e Financiamento das Políticas Sociais", Série Textos para Discussão No. 7, Ed. IESP/FUNDAP, São Paulo, setembro de 1986.
- \_\_\_\_\_, e SILVA, P.L.B., "Dilemas do Reordenamento da Política Social na Transição Democrática". Trabalho Apresentado no IX Encontro da ANPOCS, Aguas de São Pedro (SP), out. de 1985, mimeo.
- FEIGE, E., "How Big is the Irregular Economy?" in Challenge, nov./dez. de 1979.
- FERNANDES, F. "A Revolução Burguesa no Brasil", Ed. Zahar, Rio de Janeiro, 1975.
- FIORI, J. L., "Conjuntura e Ciclo na Dinâmica de um Estado Periférico: Uma Reflexão em Dois Movimentos sobre a Crise do Estado Brasileiro", Tese de Doutorado apresentada na USP em 1984. Ed. IEI/UFRJ, Rio de Janeiro, 1984.
- FLORES, J.O.M., "Divida Externa", SBERJ, 1987.
- FOUCAULT, M., "Microfísica do Poder", Ed. Graal, Rio de Janeiro, 1979.
- FRIEDMAN, M., "Capitalism and Freedom", Ed. Chicago University, Chicago, 1962

- GARCIA, G.G., et. alii., "El Gasto em Salud y en Medicamentos - Argentina, 1985", E. CEDES, Buenos Aires, 1987.
- GERSCHENKRON, A., "Atraso Economico y Industrialización", Ed. Ariel, Barcelona, 1973.
- GINSBURG, N., "Class, Capital and Social Policy", The Macmillan Press, London, 1979.
- GORDON, D., EDWARDS, R. e REICH, M., "Segmented Work, Divided Workers: The Historical Transformation of Labor in The United States", Cambridge, Harvard University Press.
- GORZ, A., "Adeus ao Proletariado: Para Além do Socialismo", Ed. Forense Universitária, Rio de Janeiro, 1982.
- GOUGH, I., "The Political Economy of the Welfare State", Ed. The Macmillan Press, London, 1979.
- GRANSCI, A., "Americanismo e Fordismo" in "Maquiavel, a Política e o Estado Moderno", Ed. Civilização Brasileira, 3a. ed., Rio de Janeiro, 1978.
- GUIMARAES, R. (org.), "Saúde e Medicina no Brasil: Contribuição para um Debate" E. Graal, Rio de Janeiro, 1982.
- GUTMAN, P., "The Subterranean Economy", in Financial Analysis Journal, nov./dez. de 1977.
- HABERMAS, J. "A Nova Intransparência: A Crise do Estado de Bem-Estar e o Esgotamento das Energias Utópicas" in Revista Novos Estudos CEBRAP, No. 18, setembro de 1987, Ed. CEBRAP, São Paulo (SP), pp. 103-114.
- HAM, C., "Health Policy in Britain: The Politics and Organization of the National Health Service", The Macmillan Press, London, 1982.
- HAYECK, F.A., "O Caminho da servidão", Ed. Globo, Porto Alegre, 1977.
- IEI/UFRJ, "O Inamps enquanto Organização e suas Clientelas" (coord. de José Luiz Fiori), Relatório de Pesquisa, Rio de Janeiro, 1987.
- ILLICH, I., "La Convivialité", Le Seuil, Paris, 1973.
- ISUANI, E. A., "Previdência e Assistência Social na América Latina" in Revista DADOS, Rio de Janeiro, IUPERJ, v.27, No.3, pp. 307-320, 1984.
- ITALIA - LEI No. 833 de 23 de dezembro de 1978, "Instituição do Serviço Nacional de Medicina Sanitária", Ed. CNRS, 1986, mimeo.

- JAGUARIBE, H. et. alii, "Brasil 2000: Para um Novo Pacto Social", Ed. Paz e Terra, Rio de Janeiro, 1986.
- LESSA, C.F., "FINSOCIAL: A Distorção Autoritária da Proposta do PMDB" in Revista do PMDB No.3, Rio de Janeiro, ago-set. de 1982.
- \_\_\_\_\_, "A Estratégia de Desenvolvimento 1974-1976: Sonho e Fracasso", Tese para Prof. Titular aprovada no Depto. de Economia da UFRJ, Rio de Janeiro, 1978, mimeo.
- LIMA, M.A., BAPTISTA, L.P.M. E MUNIZ, K.F.S., "FINSOCIAL - Análise Sumária de seu Funcionamento - 1982/1986"; IPEA/ASTEC, Brasília, jan. 1987, mimeo.
- LOBO, T. e AZEREDO, B., "Reforma Tributária e Gasto Social". Rio de Janeiro, 1987, mimeo.
- LUZ, M.T., "As Instituições Médicas no Brasil: Instituições e Estratégias de Hegemonia", E. Graal, Rio de Janeiro, 1981.
- \_\_\_\_\_, "Medicina e Ordem Política Brasileira", Ed. Graal, Rio de Janeiro, 1979.
- MACEDO, R., "Previdência Social: Rumos às Crises Futuras", Ed. CEDES, São Paulo.
- MARSHALL, T.H., "Cidadania, Classe Social e Desenvolvimento", Ed. Zahar, Rio de Janeiro, 1963.
- MARX, K., "O Capital", Livro I, V.1, Ed. Civilização Brasileira, 6a. ed. brasileira, Rio de Janeiro, 1980
- MCGREEVEY, W.P., PIOLA, S. e VIANNA, S.M., "Saúde e Assistência Médica no Brasil a partir dos Anos 40" in BACHA, E.L. e KLEIN, H.S., (organizadores) "A Transição Incompleta", Ed. Paz e Terra, Rio de Janeiro, V.2, 1986
- MEDICI, A.C., "Observaciones sobre el Financiamiento del Sistema de Salud Argentino", série Textos para Discussão IEI/UFRJ, Rio de Janeiro, 1988 (no prelo).
- \_\_\_\_\_, "O Custeio da Política Social ao Nível Regional: Subsídios para uma Estratégia de Descentralização", Ed. IEI/UFRJ, Textos para Discussão No. 134, Rio de Janeiro, mimeo., 1987.
- \_\_\_\_\_, "O Emprego em Saúde na Conjuntura Recente: Lições para a Reforma Sanitária" in Revista Cadernos de Saúde Pública", V.2, No.4, out/dez de 1986.
- \_\_\_\_\_, "Estabilização x Crescimento: A Estratégia de Desenvolvimento 1967-1970" in Revista Economia Ensaios, V.1, No.1, Ed. Departamento de Economia da Universidade

Federal de Uberlândia, Uberlândia (MG), set. 1984.

- , "Financiamento das Políticas de Saúde no Brasil", in Boletim de la Oficina Sanitária Panamericana, V. 103, No.6, Ed. OPS, Washington, dec. de 1987, pp. 571-598.
- , (coordenador) et alii., "O Financiamento da Saúde" Relatório Final da CNRS in "CNRS: Documentos III", Ed. CNRS, Rio de Janeiro, 1987, pp.57-98.
- , e AGUIAR, M.A.S., "O Comportamento da Massa Salarial na Conjuntura Recente" in Revista "Tendências do Trabalho (Labour trends)", Ed. TAMA, Rio de Janeiro, dezembro de 1987.
- , e SILVA, P.L.B., "Alternativas de Financiamento à Atenção à Saúde no Brasil" in Anais da 8a. Conferência Nacional de Saúde, Ministério da Saúde, Brasília, 1987, pp.173-220.
- , e SILVA, P.L.B. "Considerações sobre o Gasto em Saúde no Brasil: Dilemas até o Final do Século", INAMPS, Rio de Janeiro, setembro de 1987, mimeo.
- , e SILVA, P.L.B., "Financiamento e Gasto do Setor Saúde no Brasil até 1986: Balanços, Perspectivas e Opções de Política", Rio de Janeiro, 1986, mimeo.
- MEERHOFF, R., "Financiamiento del sector Salud en el Uruguay: Modalidades, Alternativas y Problemas", Montevideo, marzo de 1986, mimeo.
- MELLO, C.G., "O Sistema de Saúde em Crise", Ed. CEBES/HUCITEC, São Paulo, 1981
- MENDES, E. V., "Reformulação do Sistema Nacional de Saúde: Visão Geral. in Anais da 8a. Conferência Nacional de Saúde, Ed. Ministério da Saúde, Brasília, 1987.
- MESA-LAGO, C., "Estudio Comparativo del Desarrollo de la Seguridad Social en América Latina" in "Revista Internacional de Seguridad Social", Ed. Asociación Internacional de la Seguridad Social, No. 2, Ginebra, 1986.
- , "Financiamiento de la Salud en America Latina y el Caribe". Artigo apresentado no Seminário "modelos y estrategias financieras de la seguridad social", patrocinado pelo CIESS e realizado na Cidade do México, mimeo., 1985.
- , "El Desarrollo de la Seguridad Social en America Latina", Ed. Estudios y Informes de La CEPAL, Santiago, 1985.

- , "Economia de la Atención a la Salud y la Seguridad Social en América Latina: Nuevas Fronteras Investigativas y de las Políticas" in Pensamiento Iberoamericano: Revista de Economía Política, No.9, Enero-Junio de 1986, pp.444-451.
- , "Atención de Salud en Costa Rica: Auge y Crisis", in Boletín de la OPS, No. 102 (1). Ed. OPS, Washington, 1987, pp.1-18.
- MISHRA, R., "Marx and Welfare" in Sociological Review, V.23 (2), London, maio de 1975.
- , "Society and Social Policy: Theories and Practice of Welfare", The Macmillan Press, 2nd. ed., London, 1981.
- MIYASHITA, Hadjimu et alii, Perspectivas Internacionais de Descentralização na Saúde", Ed. FUNDAP, DT24, São Paulo, março de 1988.
- MODIANO, E. "URP x Salários e Preços" in Conjuntura Econômica, V.41, No.11, Ed. IBRE/FGV, Rio de Janeiro, nov. 1987, pp.25-29.
- MUSGROVE, P., "The Economic Crisis and Its Impact on Health and Health Care in Latin American and the Caribbean" in International Journal of Health Services, v. 17, Number 3, Ed. Baywood Publishing co. Inc., Washington, 1987.
- , "Repercussiones de la Crisis Económica sobre la Salud y sobre la Atención Sanitaria en América Latina y el Caribe" in Revista "Crónica de la OMS", No.40, (4), pp.171-176, Ginebra, 1986.
- MYRDAL, G, "Os Aspectos Econômicos da Saúde", in Cadernos PESES/PEPPE, No.5, Ed. ENSP/FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 1976.
- NASSAR, J.R., "Em Paz com a FIESP", in Revista Senhor, No. 356, Ed. Três, São Paulo, 1988
- , "Uma Década Perdida", in Revista Senhor, No. 354, Ed. Três, São Paulo, 1988.
- NATAL, J.L.A., "A Questão Alimentar-Nutricional na Política Econômica (1930-1976)", Tese de Mestrado, DEPE/IFCH/UNICAMP, Campinas (SP), julho de 1982.
- NAVARRO, V. (editor), "Imperialism, Health and Medicine", Pluto Press, London, 1982.
- NEFP/UNICAMP, "BRASIL 1985: Relatório sobre a Situação Social do País", Ed. da UNICAMP, Campinas, 1986.
- NOGUEIRA, R.P., "Dinâmica do Mercado de Trabalho em Saúde no

- Brasil", Ed. OPS, Série Monografias GAP, No. 1, Brasília, 1986
- \_\_\_\_\_, "Medicina Interna e Cirurgia: A Formação Social da Prática Médica", Tese de Mestrado, IMS/UERJ, Rio de Janeiro, 1978.
- \_\_\_\_\_, "Capital e Trabalho nos Serviços de Saúde", Brasília, mimeo., 1982.
- O'CONNOR, J. "The Fiscal Crisis and the State", St. Martin's Press, 1981.
- O.E.C.D., "Measuring Health Care: 1960-1983 - Expenditure Costs and Performance", Ed. O.E.C.D., Paris, 1985.
- OFFE, C., "Contradictions of The Welfare State", The Macmillan Press, London, 1984.
- O.I.T., "The Cost of Social Security: Tenth International Inquiry, 1975-1977", OIT, Geneva, 1981.
- OLIVEIRA, F.A., e BIASOTTO JR., G., "As Finanças Públicas na Nova República" in CARNEIRO, R. (organizador), "Política Econômica da Nova República", Ed. Paz e Terra, São Paulo, 1986, pp. 141-174.
- OLIVEIRA, F.E.B., "Alguns Aspectos Conceituais, Operacionais e Estruturais da Previdência Social Brasileira". Textos para discussão interna No. 53, Ed. IPEA/INPES, Rio de Janeiro, 1982.
- \_\_\_\_\_ et alii, "Tendências à Médio Prazo da Previdência Social Brasileira: Um modelo de Simulação". Textos para a Discussão Interna No. 73, E. IPEA/INPES, Rio de Janeiro, 1985.
- OLIVEIRA, J.A. e TEIXEIRA, S.M.F., "A (Im)Previdência Social: 60 Anos de História da Previdência Social no Brasil" Ed. VOZES/ABRASCO, Petrópolis, 1986.
- PAIM, J.S., "Direito à Saúde, Cidadania e Estado", in Anais da 8a. Conferência Nacional de Saúde, Ed. Ministério da Saúde, Brasília, 1987.
- PEREIRA, J.E.C., "Financiamento Externo e Crescimento Econômico no Brasil, 1966-1973", Ed. IPEA, Relatórios de Pesquisa No. 27, Rio de Janeiro, 1974.
- PINTO, V.G., "Saúde para Poucos ou para Muitos? O Dilema da Zona Rural e das Pequenas Localidades". Ed. IPEA/IPLAN/CNRH, Brasília, 1983.
- PIOLA, S., "Controle das Grandes Endemias", Ed. IPEA/IPLAN/CNRH, Brasília, 1981.

- POSSAS, C.A., "Saúde e Trabalho no Brasil: A Crise da Previdência Social", Ed. Graal, Rio de Janeiro, 1981.
- \_\_\_\_\_, "Reorganização do Sistema de Saúde: Elementos para o Debate da Reforma Sanitária Brasileira" in Anais da 8a. Conferência Nacional de Saúde, Ed. Ministério da Saúde, Brasília, 1987.
- POULANTZAS, N., "As Transformações Atuais do Estado; A Crise Política e a Crise do Estado" in "O Estado em Crise" (org. Nicos Poulantzas), Ed. Graal, Rio de Janeiro, 1977.
- REZENDE DA SILVA, F., "O Financiamento da Política Social" in Revista Pesquisa e Planejamento Econômico, V.10, No.1, Ed. IPEA/INPES, Rio de Janeiro, 1980.
- \_\_\_\_\_, "A Imprevidência da Previdência", in Revista de Economia Política, V.4, No.2, Ed. Brasiliense, São Paulo, 1984.
- \_\_\_\_\_, "A Política Social e a Crise Econômica", Textos para Discussão Interna No. 111, Ed. IPEA/INPES, Rio de Janeiro, 1987.
- \_\_\_\_\_, e AZEREDO, B., "Fundos Sociais", Textos para Discussão Interna No. 85, Ed. IPEA/INPES, Rio de Janeiro, 1985.
- \_\_\_\_\_, e AZEREDO, B., "Contribuições Sociais", Textos para Discussão Interna No. 107, Ed. IPEA/INPES, Rio de Janeiro, março de 1987.
- \_\_\_\_\_, e MAHAR, D., "Saúde e Previdência Social: Uma Análise Econômica", Relatório de Pesquisas IPEA/INPES No. 21, Ed. IPEA/INPES, Rio de Janeiro, 1974.
- RICARDO, D., "Princípios de Economia Política e Tributação", Ed. Fundação Calouste Gulbenkian, Lisboa, 1975.
- ROBERTSON, A.H., "The Coming Revolution in Social Security"; Reston Publishing Company Inc., Virginia, USA, 1981.
- RODRIGUES NETO, E., "Reformulação do Sistema Nacional de Saúde: Visão Geral", in Anais da 8a. Conferência Nacional de Saúde, Ed. Ministério da Saúde, Brasília, 1987.
- RODRIGUEZ, H.S., "Análisis Evolutivo del Sistema de Salud Chileno", Santiago, s./data, mimeo.
- ROSTOW, W.W., "Las Etapas del Crecimiento Económico", Ed. Fondo de Cultura Económica, México, 1961.
- RUDIGER, D., "Dívida Externa e Problemas Comerciais com os Estados Unidos" in Revista Conjuntura Econômica, Ed.

IBRE/FGV, v.41, No.3, março de 1987.

SALM, C. (coordenador), SILVA, L.C.E., PEREIRA, V.M.C. e MEDICI, A.C., "Mercado de Trabalho Brasileiro: Estrutura e Conjuntura", Ed. IEI/UFRJ e Ministério do Trabalho, Brasília, 1987.

\_\_\_\_\_, (coordenador) et. alii., "Financiamento das Políticas Sociais". Relatório de Pesquisa NEPP/UNICAMP, Campinas, 1984, mimeo.

\_\_\_\_\_, e COUTINHO, M., "Previdência Social" in BACHA, E.L. e KLEIN, H.S. (organizadores), "A Transição Incompleta: Brasil desde 1945", Ed. Paz e Terra, V.2, Rio de Janeiro, 1986.

SANTOS, W.G., "Cidadania e Justiça", Ed. Campus, Brasília, 1979.

\_\_\_\_\_, "A Trágica Condição da Política Social" in "Política Social e Combate à Pobreza". Jorge Zahar Editor, Rio de Janeiro, 1987.

SCHUMACHER, E.F., "O Negócio é Ser Pequeno", Ed. Zahar, 2a. ed., Rio de Janeiro, 1979.

SCHWARTZ, M., "Social Security in Brazil: A Welfare Policy Based on the Payroll", Ed. Cartgraf, Coleção ILDES 1, Campinas, 1980.

SERRA, J., "A Crise Econômica e o Flagelo do Desemprego" in Revista de Economia Política, V.4, No.4, Ed. Brasiliense, out/dez de 1984.

SIGERIST, H.E., "De Bismarck a Beveridge: Desenvolvimento e Objetivos da Legislação de Previdência Social" in Textos de Apoio PESES/PEPPE, No. 6, ENSP/FIOCRUZ, mimeo., 1976.

SILVA, A.M., e LUQUE, C.A., "Alternativas Para o Financiamento do Sistema Previdenciário", Ed. PIONEIRA, São Paulo, 1982.

SILVA, P.L.B., "Recursos Financeiros" in "Características da Organização da Atenção à Saúde no Brasil" Ed. FUNDAP, São Paulo, 1984.

\_\_\_\_\_, "Políticas Governamentais e Perfis de Intervenção: Reflexões Acerca da Análise da Intervenção Estatal" in Revista de Administração Pública, Ed. EBAP/FGV, Rio de Janeiro, Abr-Jun de 1986.

\_\_\_\_\_, "A Atenção à Saúde como Política Governamental", Dissertação de Mestrado, IFCH/UNICAMP, 1984 (mimeo.).

SOUZA, I.R.O.G., "Referencial Teórico para a Análise da Política Social", Ed. IEI/UFRJ, Textos para Discussão No. 116,

Rio de Janeiro, 1987.

- SOUZA, P.R., "A Determinação dos Salários nas Economias Atrasadas". Tese de Doutorado apresentada ao Instituto de Economia da UNICAMP, Campinas, 1981, mimeo.
- \_\_\_\_\_ e BALTAR, P.E., "Salário Mínimo é Taxa de salários no Brasil" in SOUZA, P.R., "Empregos, Salários e Pobreza", Ed. HUCITEC/FUNCAMP, São Paulo, 1980.
- TANZI, V. "UnderGround Economy Built on Illicit Pursuits Is Growing Concern of Economic Policymakers" in IMF Survey, 4 de fev. de 1980.
- TAVARES, M.C., "O Desequilíbrio Financeiro do Setor Público" in "Boletim de Conjuntura" V.7, No.4, Ed. IEI/UFRJ, Rio de Janeiro, nov. de 1987, pp. 33-43.
- \_\_\_\_\_ e SERRA, J., "Além da Estagnação" in TAVARES, M.C., "Da Substituição de Importações ao Capitalismo Financeiro", Ed. Zahar, 7a. ed., Rio de Janeiro, 1978.
- \_\_\_\_\_ e ASSIS, J.C., "O Grande Salto para o Caos", Jorge Zahar Editor, Rio de Janeiro, 1985.
- \_\_\_\_\_ e LESSA, C.F., "Política Econômica em Questão: Uma Discussão Crítica e de Alternativas" in TAVARES, M.C. e DAVID, M.D. (organizadores), "A Economia Política da Crise: Problemas e Impasses da Política Econômica Brasileira". Ed. Vozes/Achiamée/IERJ, Rio de Janeiro, 1982.
- TEIXEIRA, J.M.F., "Análise de um Modelo de Assistência Médica: O Plano de Pronto Ação"; Tese de Mestrado, IUPERJ, Rio de Janeiro, 1982, mimeo.
- TEIXEIRA, S.M.F., "Política Social em Crise na América Latina", in Revista de Administração Pública, Ed. EBAP/FGV, Rio de Janeiro, 1985.
- \_\_\_\_\_ "Reforma Sanitária: A Utopia Inadiável", in Revista Presença No.8, Rio de Janeiro, ago/1986.
- \_\_\_\_\_ "Cidadania, Direitos Sociais e Estado", in Anais da 8a. Conferência Nacional de Saúde, Ed. Ministério da Saúde, Brasília, 1987.
- \_\_\_\_\_ "Reorientação da Assistência Médica Previdenciária: um passo adiante ou dois atrás" in Revista de Administração Pública V.19, No.3, Ed. EBAP/FGV, Rio de Janeiro, 1985.
- \_\_\_\_\_ "O Dilema Reformista na Reforma Sanitária Brasileira", in Revista de Administração Pública, V.21, No.4,

Ed. EBAP/FGV, Rio de Janeiro, out/dez de 1987.

U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, "Social Security Programs Throughout The World - 1981", Washington, 1982.

VERONELLI, J.C., "Ministérios y Sistemas de servicios de Salud en America Latina", in Boletín de la O.P.S., No. 100, (1), Ed. O.P.S., Washington, 1986.

VIANNA, S.M. (coordenador), "Conta Consolidada dos Gastos Sociais (1980-1986)", Ed. IPEA/IPLAN, Brasília, 1987, mimeo.

\_\_\_\_\_, (coordenador), MEDICI, A.C., PIOLA, S.F., CAMARGO, S.F., CASTILHO, E.A., SZWARCWAJD, C. L. e SILVA, L.B., "O Impacto da Crise Econômica nos serviços de Saúde: O Caso do Brasil", Ed. OPAS, 1987, mimeo.

\_\_\_\_\_, e PIOLA, S.F., "Os Desafios da Reforma Sanitária", IPEA/IPLAN/CSP, Brasília, 1986, mimeo.

\_\_\_\_\_, PIOLA, S.F., BAPTISTA, L.P.M., MCGREEVEY, W.P., "Recessão e Gasto Social: A Conta Social Consolidada 1980-1986", Ed. IPEZ/IPLAN/CSP, Brasília, dez. de 1987.

VIEIRA, C., "Apontamentos para a Análise do Financiamento das Políticas Nacionais de Saúde", Ed. GAP/OPAS, Brasília, 1984, mimeo.

VON DOELLINGER, C., "A Política Econômica de Comércio Exterior e seus Efeitos: 1967-1972", Ed. IPEA, Relatórios de Pesquisa No. 22, Rio de Janeiro, 1974.

WERNECK VIANNA, M.L.P., "O INAMPS enquanto Organização e suas Clientelas", Relatório de Pesquisa, IEI/UF RJ, Rio de Janeiro, 1987, mimeo.

\_\_\_\_\_, "Alguns Comentários sobre Política Social" in Revista Presença No. 8, Rio de Janeiro, agosto de 1986.

*Imp. 6.10.92*

CRISE ECONOMICA E POLITICAS SOCIAIS:  
A QUESTAO DA SAUDE NO BRASIL  
(ANEXO ESTATISTICO)

*Este exemplar cor-  
responde ao original  
do Diss. defendida pelo  
Sr. Andre Cezar Medice  
criada pelo Prof. Dr.  
Claudio L. Salm em 27/06/88.*

ANDRE CEZAR MEDICI

Tese de mestrado apresentada  
ao Instituto de Economia da  
Universidade Estadual de  
Campinas (UNICAMP) sob a  
orientação do Prof. Dr.  
Claudio L. Salm.

CAMPINAS (SP)  
1988

UNICAMP  
BIBLIOTECA CENTRAL

M468c

9957/BC

O objetivo deste anexo estatístico é fornecer, um conjunto de informações que permitam subsidiar a leitura desta monografia, sem propiciar as desagradáveis interrupções de um texto repleto de tabelas. No entanto, as tabelas aqui existentes trazem importantes evidências complementares que, não necessariamente foram abordadas e que possibilitam ir além, para quem quizer, do que foi escrito.

Este anexo está dividido em três partes, sendo que cada uma contempla um dos capítulos da monografia. O anexo ao capítulo I detém estatísticas relacionadas a crise econômica na América Latina, aos impactos da crise no gasto em saúde e às estatísticas de financiamento e distribuição do gasto relacionadas a cada um dos seis casos observados, a saber: Argentina, Chile, Colômbia, México, Uruguai e Costa Rica.

O anexo do Capítulo II refere-se as estatísticas de crise econômica e seus impactos sociais. Para facilitar o trabalho de busca das informações, ele encontra-se dividido em cinco partes, a saber:

- Indicadores Gerais de Desempenho Econômico;
- Relações com o Exterior;
- Indicadores do Mercado de Trabalho;
- Finanças Públicas e Gasto Social;
- Economia Brasileira em 1987. ---

As duas primeiras partes visam caracterizar em dados o movimento de desaceleração e crise da economia brasileira no período recente. A seguinte busca fornecer a dimensão da crise no nível de emprego e nos salários; variáveis historicamente muito sensíveis às conjunturas recessivas. A quarta parte tenta demonstrar os efeitos da crise na queda da arrecadação do Governo e na contração dos gastos públicos, particularizando aqueles de corte social.

A quinta parte representa a tentativa de analisar todos esses elementos em conjunto ao longo do ano de 1987, no contexto de sua contraditória política econômica.

O anexo estatístico do capítulo III trata especificamente do desempenho do setor saúde ao longo da crise. Isto é feito sob o ângulo dos mecanismos de financiamento (recursos do FPAS, do tesouro da União, dos Estados, dos Municípios e dos Fundos sociais, em particular do FAS e do FINSOCIAL), dos mecanismos de gasto por programa e por instituição e, por fim, a partir da evolução da capacidade instalada e da produção de serviços do setor. Da mesma forma ocorrida no capítulo anterior, foram incluídos os gastos da previdência, em geral e com saúde, no ano de 1987 em função das importantes alterações na composição das receitas e na estrutura

do gasto ocorridas no ano.

Foram excluídas as informações relativas aos impactos da crise sob o nível de saúde, principalmente porque os indicadores de mortalidade geral e infantil, praticamente as únicas informações disponíveis para os anos de crise, são por demais sintéticas para evidenciar efeitos derivados da alteração no volume de gastos e na oferta de serviços. Algumas informações sobre as estatísticas de mortalidade ao longo da crise foram, no entanto, levantadas pelo epidemiólogo Euclides Aires Castilho em trabalho sobre os impactos da crise no setor saúde, organizado por Solon M. Vianna, citado na Bibliografia. Os dados indicam, entre outras coisas, um aumento das causas correlacionadas a desnutrição na estrutura da mortalidade infantil em São Paulo, entre 1979 e 1984.

## LISTA DE TABELAS

### CAPITULO I

- Tabela I.1 - Gasto Público em Saúde como Percentagem do PIB em Alguns Países da OECD, 1960-1983.
- Tabela I.2 - Evolução do PIB per-capita na América Latina e Caribe, 1960-1984.
- Tabela I.3 - Taxa de Desemprego Aberto (Urbana) em Alguns Países da América Latina e Caribe, 1979-1984.
- Tabela I.4 - Componentes da Precariedade do Mercado de Trabalho, Brasil, 1981-1984
- Tabela I.5 - Evolução dos Gastos Federais Anuais Per-Capita com Saúde (exceto previdência social) nos países da América Latina e do caribe, 1970-1984
- Tabela I.6 - Taxas de Crescimento Bruto do Gasto Federal Per-Capita em Saúde em Alguns Países da América Latina, 1980-1984.
- Tabela I.7 - Causas de Mortalidade Infantil (antes de 1 ano de idade) na Bolívia, 1973-1982.
- Tabela I.8 - Estrutura do gasto Público com Saúde na Argentina, 1970-1985.
- Tabela I.9 - Evolução dos Gastos Públicos em Saúde na Argentina, 1970-1985
- Tabela I.10 - Distribuição dos Recursos das Obras Sociais, Argentina, 1985.
- Tabela I.11 - Repartição do Gasto com Saúde na Argentina em 1985
- Tabela I.12 - Indicadores da Magnitude do Gasto em Saúde na Argentina, 1985
- Tabela I.13 - Taxas de Cotização das Caixas de Seguro Social no Chile, 1930-1980
- Tabela I.14 - Distribuição das Despesas com Seguridade Social no Chile, 1945-1981.
- Tabela I.15 - Evolução do gasto Social Per-Capita no Chile: 1970-1979
- Tabela I.16 - Evolução do Gasto Público e Fiscal em Saúde, Chile, 1970-1983.

- Tabela I.17 - Estrutura do Gasto Público do setor Saúde no Chile, 1979-1983.
- Tabela I.18 - Investimentos Públicos nos Setores Sociais e em Saúde, Chile, 1969-1982.
- Tabela I.19 - Evolução da Estrutura de Gastos em saúde na Colômbia por setores, 1982-1985.
- Tabela I.20 - Distribuição das Receitas da Seguridade Social, México, 1974.
- Tabela I.21 - Distribuição dos Hospitais por Instituição Mantenedora, Uruguai, 1986.
- Tabela I.22 - Distribuição Percentual da População Uruguuaia Segundo a Proteção à Saúde Declarada, 1982.
- Tabela I.23 - Estimativas do Gasto com Saúde como Percentagem do PIB no Uruguai, 1980-1986.
- Tabela I.24 - Distribuição Percentual do Gasto estimado com saúde no Uruguai em 1986.
- Tabela I.25 - Cobertura da População costaricense pela CCSS, Costa Rica, 1960-1982.
- Tabela I.26 - Gasto em Saúde como porcentagem do PIB, Costa Rica, 1970-1980
- Tabela I.27 - Distribuição Interna dos Gastos da CCSS com Saúde, Costa Rica, 1960-1979
- Tabela I.28 - Receitas, Despesas e SalDOS Financeiros Reais dos Programas de Atenção Médica da CCSS, Costa Rica, 1976-1983.

## CAPITULO II

### Indicadores Gerais de Desempenho Econômico

- Tabela II.1 - Taxas de Crescimento do PIB. Brasil, 1959-1986.
- Tabela II.2 - Taxas Médias Geométricas de Crescimento do PIB e da Produção Industrial (por categorias de uso) segundo períodos selecionados, Brasil, 1947-1986
- Tabela II.3 - Evolução Real do PIB e da População estimada, Brasil, 1980-1986.
- Tabela II.4 - Evolução das Taxas de Inflação, Brasil, 1959-

1986.

- Tabela II.5 - Evolução da Taxa de Utilização de Capacidade Instalada na Indústria, Brasil, 1959-1986
- Tabela II.6 - Variação das Vendas no Comércio Varejista no Rio de Janeiro, Brasil, 1972-1986.
- Tabela II.7-A - Evolução do Produto do Setor "Agropecuária", Brasil, 1972-1985.
- Tabela II.7-B - Evolução do Produto do Setor "Indústria", Brasil, 1972-1985..
- TABELA II.7-C - Evolução do Produto da Indústria de Transformação, Brasil: 1972-1985.
- TABELA II.7-D - Evolução do Produto da "Construção", Brasil, 1972-1985.
- TABELA II.7-E - Evolução do Produto do setor "Serviços", Brasil, 1972-1985.
- TABELA II.8 - Participação dos Investimentos no PIB, Brasil: 1970-1985.

#### Relações com o Exterior

- TABELA II.9 - Evolução da Taxa Nominal de Câmbio Cruzeiro/Dólar, Brasil, 1962-1986.
- TABELA II.10 - Evolução das Exportações e do Saldo na Balança Comercial, Brasil, 1968-1973.
- TABELA II.11 - Evolução das Exportações, das Importações e do Saldo na Balança Comercial, Brasil, 1972-1986.
- TABELA II.12 - Evolução das Importações Especiais, Brasil, 1966-1971.
- TABELA II.13 - Participação de Alguns Itens Especiais na Pauta de Importações Brasileira, 1972-1985.
- TABELA II.14 - Participação dos Manufaturados no Valor das Exportações e do Valor destas no PIB, Brasil, 1972-1986.
- TABELA II.15 - Dívida Externa e Capital de Risco, Brasil, 1970-1986.
- TABELA II.15-A - Parcela da Dívida Externa Contraída com Taxas de Juros Flutuantes, Brasil: 1978-1986.

- TABELA II.16 - Investimentos Estrangeiros Diretos e Conversões da Dívida Externa em Investimento, Brasil, 1979-1986.
- TABELA II.17 - Evolução das Despesas Liquidadas Acumuladas com Juros e Amortizações da Dívida Externa, do Saldo do Balanço de Pagamentos e das Reservas Internacionais, Brasil, 1972-1985.
- TABELA II.18 - Relações Comerciais dos EUA com os Países em Vias de Desenvolvimento, 1980-1985.
- TABELA II.19 - Índice de Variação dos Preços por Atacado nos EUA, 1972-1986.
- TABELA II.20 - Evolução das Taxas de Juro Internacionais, 1974-1986.

#### Setor Financeiro

- TABELA II.21 - Evolução das Taxas de Juro do Overnight, segundo os principais papéis, Brasil, 1974-1986.
- TABELA II.22 - Evolução dos Empréstimos Concedidos ao Setor Privado, Brasil, 1972-1986.
- TABELA II.23 - Evolução dos Ativos Financeiros, Brasil, 1973-1986.
- TABELA II.24 - Composição Percentual dos Haveres Financeiros, Brasil, 1977-1986.
- TABELA II.25 - Despesas Financeiras como Percentagem das Despesas Operacionais das Empresas, Brasil, 1978-1985.
- TABELA II.26 - Poupança Financeira e Investimento como Proporção do PIB, Brasil, 1970-1985.

#### Indicadores do Mercado de Trabalho

- TABELA II.27 - Evolução do Maior Salário Mínimo Regional, Brasil, 1952-1987.
- TABELA II.28 - Reajustes Salariais de Diferentes Classes de Salário, com base no INPC, segundo a Legislação Salarial Vigente, Brasil, 1979-1983.
- TABELA II.29 - Evolução da PEA, dos Ocupados, dos Desocupados e

da Taxa de Desocupação, Brasil, 1976-1985

- TABELA II.30 - Evolução da Taxa de Desocupação nas Regiões Metropolitanas do Rio de Janeiro e São Paulo, 1983-1987.
- TABELA II.31 - Taxas de Desemprego Total (Aberto, Oculto pelo Trabalho Precário e pelo Desalento) na Região Metropolitana de São Paulo, 1985 e 1986.
- TABELA II.32 - Taxas de atividade por sexo; Brasil, 1976-1985.
- TABELA II.33 - Indicadores de Precariedade do Mercado de trabalho, Brasil, 1976-1985.
- TABELA II.34 - Evolução do Emprego Formal segundo setores de atividade selecionados, Brasil, 1979-1984.
- TABELA II.35 - Taxas de Crescimento Anual do Emprego Formal por Setores de Atividade, Brasil, 1979-1984.
- TABELA II.36 - Evolução dos Salários na Indústria, São Paulo, 1975-1987.
- TABELA II.37 - Evolução do Rendimento Real dos Empregados na Região Metropolitana de São Paulo, 1980-1987.
- TABELA II.38 - Taxa de Crescimento do Rendimento Real dos Empregados na RMSF em alguns meses especiais, 1980-1986.
- TABELA II.39 - Evolução Real da Massa Salarial dos Ocupados na RMSF, 1980-1987.

Finanças Públicas e Gasto Social

- TABELA II.40 - Evolução da Dívida Pública, Brasil, 1975-1976.
- TABELA II.41 - Dívida Líquida do setor Público, Brasil, 1982-1986.
- TABELA II.42 - Necessidades de Financiamento do setor Público, Brasil, 1984-1986.
- TABELA II.43 - Evolução da Receita Tributária do Governo Federal, Brasil, 1975-1986.
- TABELA II.44 - Indicadores de Desempenho Econômico dos Estados, Brasil, 1972-1986.
- TABELA II.44-A - Evolução das Transferências da União aos Estados e Municípios, Brasil, 1975-1983.

- TABELA II.45 - Evolução dos Gastos Orçamentários do Governo Federal, Brasil, 1980-1986.
- TABELA II.46 - Evolução do Gasto federal consolidado com Programas Sociais, Brasil, 1980-1986.
- TABELA II.47 - Evolução das Receitas do FPAS e do FINSOCIAL, Brasil, 1970-1986.
- TABELA II.48 - Evolução dos Gastos Sociais Federais (Tesouro + Fundos Sociais) por Programa, Brasil, 1980-1986.
- TABELA II.48-A - Relação entre os Gastos Sociais Federais e o PIB, Brasil, 1980-1986.
- TABELA II.49 - Evolução dos Gastos dos Fundos Sociais, Brasil, 1979-1986.
- TABELA II.50 - Evolução dos Gastos Sociais dos Estados, Brasil, 1979-1984.
- TABELA II.51 - Estimativa do Gasto Social Descentralizado (Estados + Municípios), Brasil, 1984-1986.

#### Economia Brasileira em 1987

- TABELA II.52 - Evolução das Taxas Mensais de Inflação: Brasil, 1986-1987.
- TABELA II.53 - Evolução do Salário Médio Real dos Empregados Com carteira Assinada, Região Metropolitana de São Paulo, 1984-1987.
- TABELA II.54 - Comparação da Evolução do IPC e do IGP, Brasil, 1986-1987.
- TABELA II.55 - Índice de Evolução da massa de rendimentos dos ocupados na RMSP, jan/85-set/87.
- TABELA II.56 - Índice de Evolução da Massa de Rendimentos na RMSP, 1984-1987.
- TABELA II.57 - Taxas de Variação do salário médio real e da massa salarial na indústria paulista.
- TABELA II.58 - Evolução do índice de variação da massa salarial dos empregados com carteira assinada, RMSP, 1985-1987.
- TABELA II.59 - Índice de Pessoal Ocupado na indústria, São Paulo, 1985/1987.
- TABELA II.60 - Evolução da Taxa Média de Desemprego da

Construção Civil, Brasil, 1987.

- TABELA II.61 - Taxa de Desemprego Aberto, RMSP, 1982-1987.
- TABELA II.62 - Empréstimos e Financiamentos Líquidos de Organismos Internacionais, Brasil, 1984-1987.
- TABELA II.63 - Comparação entre a variação mensal do IPC e a rentabilidade das aplicações em CDB e no "Overnight", Brasil, 1987.
- TABELA II.64 - Evolução das Receitas, Despesas e do resultado de Caixa do Governo federal, Brasil, 1987.

CAPITULO III

- TABELA III.1 - Estrutura da Receita Tributária da União, Brasil, 1973-1983.
- TABELA III.2 - Participação das Outras Receitas na Receita Total da União, Brasil, 1963-1983.
- TABELA III.3 - Composição das Receitas do SINPAS, Brasil, 1970-1986.
- TABELA III.4 - Evolução das Despesas do INAMPS, Brasil, 1970-1986.
- TABELA III.5 - Receita Tributária e Fundos Sociais: Arrecadação Total, Brasil, 1980-1986.
- TABELA III.5-A - Estrutura das Receitas dos Fundos Sociais, Brasil, 1985.
- TABELA III.6 - Recursos Aprovados pelo FAS entre 1974 e 1977, Brasil.
- TABELA III.7 - Evolução das Receitas do FAS e de sua estrutura de fontes e usos, Brasil: 1980-1986.
- TABELA III.8 - Evolução da Estrutura de Despesas do INAMPS, Brasil, 1981-1986.
- TABELA III.9 - Valor dos Abatimentos com Saúde do Imposto de Renda da Pessoa Física, Brasil, 1979-1984.
- TABELA III.10 - Participação do Ministério da Saúde na despesa geral da União, Brasil, 1970-1986.
- TABELA III.11 - Composição do Orçamento do Ministério da Saúde, Brasil, 1986.

- TABELA III.11-A- Participação do FINSOCIAL no gasto em Saúde do Governo Federal, Brasil, 1982-1986.
- TABELA III.12 - Participação das Transferências Federais na Receita Total dos Estados, Brasil, 1983.
- TABELA III.13 - Distribuição dos recursos do FINSOCIAL por programa, Brasil, 1982-1986.
- TABELA III.14 - Evolução dos Superavits/deficits do SINPAS, BRASIL, 1972-1985.
- BRASIL III.15 - Evolução da Força de trabalho em Saúde, Brasil, 1970-1980.
- BRASIL III.16 - Profissionais de Saúde por categoria profissional, Brasil, 1970-1980.
- BRASIL III.17 - Evolução do Emprego em Saúde por tipo de setor prestador, Brasil, 1978-1984.
- TABELA III.18 - Taxas de crescimento Anual do Emprego em Saúde, Brasil, 1978-1984.
- TABELA III.19 - Evolução do Gasto Federal em Saúde por Fontes, Brasil, 1980-1986.
- TABELA III.19-A- Distribuição do Gasto Federal Consolidado em Saúde por Fontes, Brasil, 1980-1986.
- TABELA III.19-B- Taxas de Crescimento do Gasto Federal em Saúde por Fontes, Brasil, 1980-1986.
- TABELA III.20 - Relações entre o gasto federal com saúde, o PIB e a população, Brasil, 1980-1986.
- TABELA III.21 - Evolução dos Gastos Federais (Tesouro) com saúde por subprogramas, Brasil, 1978-1986.
- TABELA III.21-A- Evolução da estrutura dos gastos federais (tesouro) com saúde por subprogramas, Brasil, 1978-1986.
- TABELA III.21-B- Taxas de Crescimento Anual do Gasto federal (tesouro) com saúde por sub-programas, Brasil, 1978-1986.
- TABELA III.22 - INAMPS: Evolução das Despesas realizadas segundo o programa de trabalho, Brasil, 1981-1986.
- TABELA III.22-A- Distribuição do Gasto do INAMPS, Brasil, 1982-1986.
- TABELA III.23 - Evolução dos Gastos do FINSOCIAL com Programas

de Saúde, Brasil, 1982-1986.

- TABELA III.24 - Recursos do FAS repassados para o setor saúde, Brasil, 1979-1986.
- TABELA III.25 - Evolução do Gasto federal Consolidado em Saúde, segundo a natureza econômica da despesa, Brasil, 1980-1986.
- TABELA III.25-A- Estrutura do Gasto federal consolidado em saúde, segundo a natureza econômica da despesa, Brasil, 1980-1986.
- TABELA III.26 - Participação do INAMPS no gasto consolidado com saúde, segundo a natureza econômica da despesa, Brasil, 1980-1986.
- TABELA III.27 - Gastos Sociais Consolidados dos Governos estaduais com programas de saúde, segundo a natureza econômica da despesa, Brasil, 1979-1984.
- TABELA III.28 - Distribuição dos Gastos Estaduais e Municipais Consolidados com os Sub-programas de Saúde, Brasil, 1979-1984.
- TABELA III.29 - Composição Ótima dos gastos de saúde por fontes de recursos, para se chegar a 6,5% do PIB no ano 2000., Brasil.
- TABELA III.30 - Evolução do Número de estabelecimentos de saúde por categoria institucional, Brasil: 1978-1984.
- TABELA III.30-A- Distribuição Percentual dos estabelecimentos de Saúde por categoria institucional, Brasil, 1978-1984.
- TABELA III.30-B- Taxas de Crescimento dos estabelecimentos de saúde por categoria institucional, Brasil, 1978-1984.
- TABELA III.31 - Idêntica a tabela III.30 para estabelecimentos com internação.
- TABELA III.31-A- Idêntica a Tabela III.30-A para estabelecimentos com internação.
- TABELA III.31-B- Idêntica a Tabela III.30-B para estabelecimentos com internação.
- TABELA III.32 - Idêntica a Tabela III.30 para estabelecimentos sem internação.
- TABELA III.32-A- Idêntica a tabela III.30-A para estabelecimentos

sem internação.

- TABELA III.33 - Distribuição dos Estabelecimentos de saúde por região e categoria institucional, Brasil, 1978-1984.
- TABELA III.33-A- Idem, para estabelecimentos com internação.
- TABELA III.33-B- Idem, para estabelecimentos sem internação.
- TABELA III.34 - Percentagem de Estabelecimentos Conveniados com O INAMPS E/OU INAMPS/EMPRESA por categoria institucional, Brasil, 1978-1984.
- TABELA III.35 - Evolução do Número de Leitos de Internação por Categoria Institucional, Brasil: 1978-1984.
- TABELA III.35-A- Distribuição Percentual dos Leitos por Categoria Institucional, Brasil, 1978-1984.
- TABELA III.35-B- "Taxas de Crescimento dos Leitos por Categoria Institucional, Brasil, 1978-1984.
- TABELA III.36 - Distribuição dos Leitos Hospitalares por Região e Categoria Institucional, Brasil, 1978-1984.
- TABELA III.37 - Evolução dos Leitos do setor Privado Conveniados, Brasil, 1978-1984.
- TABELA III.38 - Evolução do Número de consultas Realizadas, Brasil, 1981-1984.
- TABELA III.38-A- Idem para os estabelecimentos conveniados com o INAMPS.
- TABELA III.39 - Evolução do Número de Consultas e Internações hospitalares realizadas pelo INAMPS, Brasil, 1981-1986.
- TABELA III.40 - Número de Leitos, Consultas e Internações por Habitante, Brasil, 1981-1984.
- TABELA III.41 - Evolução da Receita Total da Previdência Social, Brasil, 1983-1987.
- TABELA III.42 - Composição Percentual das receitas do FPAS, Brasil, 1983-1987.
- TABELA III.43 - Composição Interna das contribuições Compulsórias, Brasil, 1983-1987.
- TABELA III.44 - Evolução Real das Receitas de Contribuições Individuais, Brasil, jan/86-nov/87. (FPAS)
- TABELA III.45 - Participação das Receitas do excesso de

Arrecadação sobre terceiros na composição das chamadas "outras receitas de contribuições compulsórias, Brasil, 1983-1986.

- TABELA III.46 - Evolução da massa salarial dos empregados formais na RMSF e da receita da folha de salários da Previdência Social, Brasil, 1985-1986.
- TABELA III.47 - Evolução Mensal das Despesas do SINPAS, 1985-1987.
- TABELA III.48 - Variação percentual mensal da relação (despesas-receitas)/receita do SINPAS, 1985-1987.
- TABELA III.49 - Evolução das Despesas do SINPAS por tipo de instituição como percentagem da receita total do complexo previdenciário: Brasil, 1970-1985.
- TABELA III.50 - Evolução da despesa das instituições integrantes do SINPAS, Brasil, 1986 e 1987.
- TABELA III.51 - Composição Interna da Despesa do SINPAS, Brasil, 1986-1987.
- TABELA III.52 - Evolução real dos gastos com benefícios pagos pelo SINPAS, Brasil, 1985-1987.
- TABELA III.53 - Idêntica a tabela anterior, deflacionados pelo INPC.
- TABELA III.54 - Evolução dos Gastos com Assistência Médica pagos pelo SINPAS, Brasil, 1985-1987.
- TABELA III.55 - Evolução da Produção de Serviços do INAMPS, Brasil, 1982-1987.
- TABELA III.56 - Evolução dos Gastos com Assistência Social pagos pelo SINPAS, Brasil, 1985-1987.
- TABELA III.57 - Evolução dos Gastos com Pessoal e das Outras Despesas do SINPAS, Brasil, 1985-1987.
- TABELA III.58 - Composição Interna da Despesa do SINPAS segundo a natureza do gasto, Brasil: 1985-1987.

CAPITULO I  
(ANEXO ESTADISTICO)

TABELA I.1  
 GASTOS PÚBLICOS EM SAÚDE COMO PERCENTAGEM DO PIB  
 EM ALGUNS PAÍSES DA OECD  
 1960-1983

PAÍSES	ANOS DE REFERENCIA					
	1960	1965	1970	1975	1980	1983
Alemanha	3,2	3,6	4,2	6,6	6,5	6,6*
Austria	2,9	3,0	3,4	4,1	4,5	4,6
Belgica	2,1	2,9	3,5	4,5	5,5	6,0
Canada	2,4	3,1	5,1	5,7	5,4	6,2
Dinamarca	3,2	4,2	5,2	5,9	5,8	5,6
Espanha	-	1,4	2,3	3,6	4,3	4,4
EUA	1,3	1,6	2,8	3,7	4,1	4,5
Finlandia	2,3	3,2	4,1	4,9	5,0	5,2
Franca	2,5	3,6	4,3	5,5	6,1	6,6
Italia	3,2	4,1	4,8	5,8	6,0	6,2
Japao	1,8	2,7	3,0	4,0	4,6	5,0
Noruega	2,6	3,2	4,6	6,4	6,7	6,2
Holanda	1,3	3,0	5,1	5,9	6,5	6,9
Inglaterra	3,4	3,6	3,9	5,0	5,2	5,5
Suecia	3,4	4,5	6,2	7,2	8,8	8,8
Media OECD	2,5	3,1	4,0	5,2	5,3	5,8

FONTE: OECD, "Measuring Health Care: 1960-1983 - Expenditure Costs and Performance", Ed. OECD, Paris, 1985.

TABELA I.2  
EVOLUÇÃO DO  
PIB PER-CAPITA NA AMÉRICA LATINA E CARIBE  
1960-1984

Em US\$

PAISES	ANOS DE REFERENCIA			
	1960	1970	1980	1984
<b>GRUPO 1 (PIB PER-CAPITA ATÉ US\$ 800,00)</b>				
Bolivia	441	550	665	475
El Salvador	610	793	802	708
Guyana	620	731	905	665
Haiti	272	249	332	299
Honduras	536	640	746	663
<b>GRUPO 2 (PIB PER-CAPITA DE MAIS DE US\$ 800,00 ATÉ US\$ 1.500,00)</b>				
Colombia	565	764	1.059	1.045
Equador	582	696	1.208	1.124
Guatemala	841	1.083	1.413	1.194
Nicaragua	806	1.199	942	874
Peru	814	1.051	1.142	978
Republica Dominic.	597	788	1.203	1.193
<b>GRUPO 3 (PIB PER-CAPITA DE MAIS DE US\$ 1.500,00 ATÉ US\$ 2.000,00)</b>				
Argentina	1.586	2.065	2.240	1.929
Brasil	710	1.006	1.924	1.626
Costa Rica	957	1.313	1.766	1.565
Chile	1.413	1.735	1.878	1.674
Jamaica	1.386	2.101	1.675	1.769
Paraguai	613	1.024	1.716	1.633
<b>GRUPO 4 (PIB PER-CAPITA SUPERIOR A US\$ 2000,00)</b>				
Bahamas	-	-	6.904	6.678
Barbados	1.534	2.707	3.011	2.859
Mexico	1.104	1.575	2.285	2.086
Panama	884	1.547	2.089	2.022
Trinidad e Tobago	1.582	2.103	2.935	2.654
Uruguai	1.710	1.887	2.427	2.024
Venezuela	1.932	2.536	2.821	2.340

FONTE: Tabela elaborada por MEDICI, A.C., a partir de dados contidos em MUSGROVE, 1987.

TABELA I.3  
TAXA DE DESEMPREGO ABERTO (URBANA)  
EM ALGUNS PAISES DA AMERICA LATINA E CARIBE  
1979-1984

Em %

PAISES	ANOS DE REFERENCIA					
	1979	1980	1981	1982	1983	1984
Argentina	2,0	2,3	4,5	4,7	4,0	3,8
Bolivia	6,2	7,5	9,7	9,4	12,1	13,1
Brasil	6,4	6,2	7,9	6,3	6,7	7,5
Colombia	8,9	9,7	8,2	9,3	11,8	13,5
Costa Rica	5,3	6,0	9,1	9,9	8,5	7,9
Chile	13,4	11,7	9,0	20,0	19,0	18,5
Mexico	5,7	4,5	4,2	4,1	6,9	6,3
Nicaragua	21,4	18,3	15,9	18,5	18,9	19,8
Panama	11,6	9,8	11,8	10,4	11,2	-
Paraguai	5,9	4,1	2,2	5,6	8,4	-
Peru	6,5	7,1	6,8	7,0	8,8	10,0
Uruguai	8,3	7,4	6,7	11,9	15,5	14,9
Venezuela	5,8	6,6	6,8	7,8	9,8	14,0

FONTE: CEPAL, "Preliminary Overview of the Latin American Economy during 1984", citado por MUSGROVE, 1987.

TABELA I.4  
COMPONENTES DA PRECARIIDADE DO MERCADO DE TRABALHO  
BRASIL: 1981-1984

Em MIL PESSOAS

ANOS	DESEMPREGO ABERTO (1)	OCUPADOS COM RENDA < 1 SAL. MIN. (2)	OCUPADOS QUE NAO DESCONTAM P/SEG.SOC C/RENDA >1 E <2 SAL. MIN. (3)	PEA (4)	TAXA DE PRECARIIDADE $\{(1)+(2)+(3)\}/(4)$
1981	2.023,1	18.315,9	4.541,6	47.488,5	52,4
1982	1.958,9	22.770,0	4.171,8	49.884,7	58,0
1983	2.474,2	21.263,5	4.916,4	50.940,7	56,3
1984	2.234,3	21.448,4	5.280,4	52.443,1	55,2

FONTE: IBGE/PNADS 1981-1984 in MEDICI e AGUIAR, 1986

OBS: O Salário Mínimo no período considerado nunca foi superior a US\$50,00 mensais

TABELA I.5  
 EVOLUCAO DOS GASTOS FEDERAIS ANUAIS PER-CAPITA  
 COM SAUDE (EXCETO PREVIDENCIA SOCIAL) NOS PAISES  
 DA AMERICA-LATINA E DO CARIBE  
 1970-1984

(Em dólares de 1982)

PAISES	ANOS DE REFERENCIA				
	1970	1978	1980	1982	1984
Argentina	7,98	11,47	11,38	6,03	9,80
Bahamas	-	257,19	220,71	210,43	224,38
Barbados	127,46	188,65	151,16	115,47	118,98
Bolivia	5,82	7,33	10,94	2,44	-
Brazil	10,66	23,34	23,89	27,34	-
Colombia	6,04	8,22	8,34	7,89	-
Costa Rica	13,61	20,88	29,16	16,76	24,34
Chile	21,16	21,61	27,08	25,99	20,64
Ecuador	2,83	10,67	12,69	14,70	13,16
El Salvador	-	12,47	12,90	10,81	8,72
Guatemala	-	14,50	22,47	18,34	9,38
Guyana	-	21,96	-	-	-
Haiti	2,44	3,03	2,70	3,81	-
Honduras	8,97	15,42	15,44	15,74	13,09
Jamaica	49,72	60,18	64,63	64,10	52,70
Mexico	-	8,24	8,16	-	-
Nicaragua	10,13	27,27	34,50	38,01	-
Panama	-	20,65	33,46	34,97	-
Paraguai	3,83	6,18	6,36	13,51	10,83
Peru	-	12,18	10,96	-	17,58
Rep. Domin.	14,78	-	24,07	14,09	12,87
Suriname	-	-	10,30	8,28	-
Trin. e Tob.	-	42,89	41,58	80,15	70,41
Uruguai	-	20,79	25,69	21,52	-
Venezuela	34,93	48,93	32,31	38,22	-

FONTE: Dados não publicados do BID in MUSGROVE, 1987

TABELA I.6  
 TAXAS DE CRESCIMENTO BRUTO DO GASTO FEDERAL  
 PER-CAPITA EM SAUDE EM ALGUNS PAISES DA AMERICA LATINA  
 PERIODO: 1980-1984

(Em %)

PAISES	TAXA DE CRESCIMENTO BRUTO: 1980-1984
Argentina	-13,9
Bahamas	1,7
Barbados	-21,3
Costa Rica	-16,9
Chile	-23,8
Ecuador	3,7
El Salvador	-32,4
Guatemala	-58,3
Honduras	-15,2
Jamaica	-18,5
Paraguai	70,3
Peru	60,4
Rep. Dominic.	-46,5
Trinid. e Tob.	69,3

FONTE: Tabela I.5

TABELA I.7  
CAUSAS DE MORTALIDADE INFANTIL, (ANTES DE 1 ANO DE IDADE)  
NA BOLÍVIA ENTRE 1973 E 1982 (EM %)

CAUSAS DE MORTE	ANOS DE REFERENCIA	
	1973	1982
- Causas Relacionadas ao Aparelho Respiratorio	37,1	15,0
- Causas Relacionadas ao Aparelho Digestivo	21,9	50,4
- Causas Perinatais	21,7	10,8
- Sarampo	5,8	3,4
- Outras causas infecci- osas	3,4	6,5
- Anomalia Congenitas	1,7	0,0
- Outras Causas	8,2	7,7
- Malnutrição	0,2	6,2
TOTAL	100,0	100,0
TOTAL DAS CAUSAS RELACIO- NADAS AO BAIXO ESTADO NUTRICIONAL	34,3	63,3

FONTE: MUSGROVE, 1987

TABELA I.8  
ESTRUTURA DOS GASTO PUBLICO COM SAUDE NA ARGENTINA  
1970-1985

(Em %)

NIVEL INSTITUCIONAL	ANOS DE REFERENCIA		
	1970	1980	1985
ESTADO NACIONAL	23,8	12,6	18,6
PROVINCIAS	47,5	61,9	54,6
MUNICIP. DE BUENOS A.	19,1	15,9	13,4
DEMAIS MUNICIPIOS	9,6	9,6	13,4
TOTAL	100,0	100,0	100,0

FONTE: GARCIA, G.G. et alii, "El Gasto en Salud y en Medicamentos. Argentina, 1985" Ed. CEDES, 1987.

TABELA I.9  
EVOLUÇÃO GASTOS PUBLICOS EM SAUDE NA ARGENTINA  
1970-1985  
(Em milhões de austrais de 1985)

NIVEL INSTITUCIONAL	ANOS DE REFERENCIA					
	1970		1980		1985	
	VALOR	IND.	VALOR	IND.	VALOR	IND.
ESTADO NACIONAL	124,3	100	111,5	90	137,9	111
PROVINCIAS	248,3	100	549,3	221	404,3	163
MUN. DE BUENOS AIRES	99,6	100	141,8	142	99,4	100
MUNICIPIOS	50,0	100	85,1	170	99,3	199
TOTAL	522,2	100	887,8	170	740,9	142

FONTE: GARCIA, G.G. et alii., 1987

TABELA I.10  
DISTRIBUIÇÃO DOS RECURSOS DAS OBRAS SOCIAIS  
ARGENTINA, 1985  
(EM MIL AUSTRALS CORRENTES)

TIPO DE OBRA SOCIAL	DISTRIBUIÇÃO DOS RECURSOS	
	VALOR	%
TOTAL	1.279.693	100,00
Inst. de Administr. Mista	612.898	47,89
Sindicais	187.416	14,64
Pessoal de Direção	80.894	7,02
Estatais	67.481	5,27
Aderidas por Conv.	21.235	1,66
Provinciais	257.430	20,12
Congresso e Just.	5.636	0,44
Forças Armadas	46.703	3,65

Fonte: GARCIA, G.G. et alii, 1987

TABELA I.11  
REPARTIÇÃO DO GASTO COM SAÚDE NA ARGENTINA EM 1985  
( EM MILHOES DE AUSTRALS CORRENTES)

SETORES	NATUREZA DO GASTO					
	TOTAL		SERVIÇOS		MEDICAMENTOS	
	ABS	%	ABS	%	ABS	%
PUBLICO	801,6	20,0	740,9	22,7	60,7	6,3
OBRAS SOC.	1.318,9	32,9	1.279,7	39,2	256,9	26,6
PRIVADO	1.892,7	47,1	1.242,9	38,1	649,8	67,2
TOTAL	4.013,2	100,0	3.263,5	100,0	967,4	100,0

Fonte: GARCIA, G.G. et alii, 1987

TABELA I.12  
INDICADORES DA MAGNITUDE DO GASTO EM SAUDE NA ARGENTINA  
1985

INDICADORES	COMPONENTES DO GASTO GLOBAL DOM SAUDE		
	TOTAL	SERVIÇOS	MEDICAMENTOS
GASTO TOTAL (EM US\$ MILH)	7.039,5	5.430,0	1.609,5
GASTO PER CAPITA (US\$)	231,00	178,00	53,00
PARTICIP. NO PIB (EM %)	10,6	8,2	2,4

FONTE: GARCIA, G.G. et alii, 1987.

TABELA I.13  
TAXAS DE COTIZACAO  
DAS CAIXAS DE SEGURO SOCIAL NO CHILE  
1930-1980

(EM %)

ANOS	INSTITUICAO					
	SSS		EMPART		CANAEMPU	
	TRABAL.	EMPRESA	TRABAL.	EMPRESA	TRABAL.	EMPRESA
1930	2,0	3,0	-	-	-	-
1950	2,0	5,0	9,5	16,3	15,5	5,0
1980	7,3	27,0	12,3	29,7	18,5	15,0

FONTE: ARELLANO, J.P., "Políticas Sociales y Desarrollo: Chile 1924-1984", Santiago, Ed. CIEPLAN, 1985. Citado por Fleury, S. (ver nota de rodapé 24).

TABELA I.14  
DISTRIBUIÇÃO DAS DESPESAS  
COM SEGURIDADE SOCIAL NO CHILE: 1945-1981  
(EM %)

ANOS	DESPESAS COM SEGURIDADE SOCIAL			
	TOTAL	BENEF. (1)	ASS. MED (2)	OUTROS (3)
1945	100,0	46,5	53,5	-
1950	100,0	65,1	31,5	3,4
1970	100,0	74,9	14,4	10,7
1975	100,0	69,1	16,9	14,0
1980	100,0	68,3	19,0	13,7
1981	100,0	66,6	18,1	15,3

FONTE: ARELLANO, J. P., citado por FLEURY, S., op.cit.

(1) - Corresponde a soma das aposentadorias, pensões e salário-família.

(2) - Corresponde a soma dos gastos com assistência médica e acidentados do trabalho.

(3) - Corresponde a soma dos pagamentos com seguro-desemprego e outros subsidios.

TABELA I.15  
EVOLUÇÃO DO GASTO  
SOCIAL PER-CAPITA NO CHILE: 1970-1979  
(BASE 1960=100)

ANOS	INDICE DE EVOLUÇÃO DO GASTO SOCIAL
1970	109,2
1974	100,2
1975	81,9
1976	77,8
1977	86,0
1978	86,3
1979	90,4

FONTE: FLEURY, S., op.cit,

TABELA I. 16  
 EVOLUÇÃO DO GASTO PÚBLICO E FISCAL EM SAÚDE  
 CHILE: 1970-1983  
 (Em Bilhões de pesos de 1978)

ANOS	GASTO PÚBLICO COM SAÚDE			GASTO FISCAL COM SAÚDE		
	VALOR	INDICE	% DO PIB	VALOR	INDICE	% DO PIB
1970	13,7	100,0	2,89	6,7	100,0	1,41
1974	16,2	118,4	2,95	10,0	148,2	1,99
1975	14,6	106,2	3,64	7,6	112,7	1,89
1976	14,4	105,1	3,65	6,8	101,6	1,73
1977	13,4	97,5	2,96	6,8	101,4	1,51
1978	14,4	105,3	2,96	6,7	99,8	1,38
1979	17,1	124,4	3,29	6,9	102,0	1,32
1980	17,0	124,2	3,07	8,5	125,9	1,53
1981	17,4	126,4	3,06	8,3	123,3	1,46
1982	16,9	122,8	3,50	7,7	114,3	1,59
1983	14,9	108,3	3,22	6,7	100,0	1,44

FONTE: CASTANEDA, T. "El Sistema de Salud Chileno: Organización, Funcionamiento y Financiamiento" in Boletín de La Oficina Sanitaria Panamericana, V.103, No.6, diciembre de 1987, Washington, pp.544-570.

OBS: O gasto público corresponde a soma do gasto fiscal com os recursos da seguridade social gastos em saúde.

TABELA I. 17  
 ESTRUTURA DO GASTO PÚBLICO DO SETOR SAÚDE NO CHILE  
 1979-1983  
 (Em %)

COMPONENTES	ANOS DE REFERENCIA	
	1979	1984
PESSOAL	41,1	34,5
SERVIÇOS	21,0	24,7
TRANSF. COR.	35,1	39,8
INVESTIMENTO	2,6	0,9
TOTAL	100,0	100,0

FONTE: DE LA JARA, Jiménez, "La Salud Pública en Chile 1985".

TABELA I.18  
 INVESTIMENTOS PUBLICOS NOS SETORES SOCIAIS E EM SAUDE  
 CHILE: 1969-1982  
 (Em milhões de pesos de 1978)

ANOS	INVESTIMENTOS PUBLICOS			
	SETORES SOCIAIS		SAUDE	
	VALOR	INDICE	VALOR	INDICE
1969	26.082,4	100,0	1.166,5	100,0
1970	27.830,0	106,7	1.193,2	102,3
1974	40.198,0	154,1	1.490,4	127,8
1975	20.838,0	79,9	661,4	56,7
1980	15.174,6	58,2	245,9	21,1
1982	11.128,1	42,7	365,6	31,4

FONTE: FLEURY, S. op.cit. p.84

TABELA I.19  
 EVOLUCAO DA ESTRUTURA DOS GASTOS  
 EM SAUDE NA COLOMBIA POR SETORES ENTRE 1982 - 1985  
 (Em %)

SETORES	ANOS DE REFERENCIA			
	1982	1983	1984	1985
OFICIAL	39,7	38,2	37,9	36,3
DESCENTRALIZADO	48,1	51,4	53,5	54,4
PRIVADO	5,1	6,3	4,8	3,6
OUTROS	7,1	4,1	3,8	5,7
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0

FONTE: Seminário do Banco Mundial/OPS, realizado em Brasília, entre outubro e novembro de 1987.

TABELA I.20  
DISTRIBUIÇÃO DAS RECEITAS  
VOLTADAS PARA A SAÚDE NO ÂMBITO DA SEGURIDADE SOCIAL  
MEXICO - 1974

(Em Percentual)

PARTICIPANTES	COTA DE CONTRIBUIÇÃO
TRABALHADORES	24,5
EMPRESAS	62,0
ESTADO	11,0
OUTROS	2,5
TOTAL	100,0

FONTE: MESA-LAGO, C., 1985

TABELA I.21  
DISTRIBUIÇÃO DOS HOSPITAIS  
POR INSTITUIÇÃO MANTENEDORA: URUGUAI - 1986

MANTENEDORA	No. DE HOSPITAIS	
	ABSOLUTO	PERCENTUAL
- MSP	59	45,0
- IAMC	41	31,3
- PRIVADOS	26	19,8
- BPS	1	0,8
- BSE	1	0,8
- F. ARMADAS	1	0,8
- SAN. POLICIAL	1	0,8
- UNIVERSIDADE	1	0,8
TOTAL	131	100,0

FONTE: ARAN, D., op.cit.

TABELA I.22  
DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DA POPULAÇÃO URUGUAIA  
SEGUNDO A PROTEÇÃO INSTITUCIONAL A SAÚDE DECLARADA  
1982

INSTITUIÇÃO	PERCENTUAL
IAMCs	30,20
MSP + HOSP. UNIVERSITARIO	24,20
SEGURIDADE SOCIAL (BSP)	13,50
FORÇAS ARMADAS	8,22
OUTRAS INST. OFICIAIS	2,44
OUTROS SERV. NÃO OFICIAIS	0,93
SEM PROTEÇÃO	19,89
TOTAL	100,00

FONTE: Encuesta Familiar de Salud del Uruguay, 1982

TABELA I.23  
ESTIMATIVAS DO GASTO EM SAÚDE  
COMO PORCENTAGEM DO PIB NO URUGUAI: 1980-1986

ANOS	ESTIMATIVAS			
	A	B	C	D
1980	3,0	-	-	-
1981	3,4	5,1	-	-
1985	4,2	-	5,7	6,7
1986	-	-	5,4	-

FONTES: A/ Banco Central do Uruguai  
B/ Health Costs and Financing - WHO/WHS Statistics  
C/ Ricardo Meerhoff, 1986 (mimeo.)  
D/ Julia Roitman (mimeo.)

TABELA I.24  
DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL  
DO GASTO ESTIMADO COM SAÚDE NO URUGUAI EM 1986

NATUREZA JURIDICA	%
SETOR PUBLICO	40,9
a) ADM. DIRETA	33,2
- MSP	23,4
- Ministerio da Defesa	4,4
- Ministerio do Interior	1,8
- Hospital das Clinicas	3,6
b) SEG. SOCIAL	7,7
SETOR PRIVADO	59,1
a) IAMC + IMAE	58,2
b) OUTROS	0,9
TOTAL	100,0

FONTE: MEERHOFF, 1986

TABELA I.25  
COBERTURA DA POPULAÇÃO COSTARRICENSE PELA CCSS  
1960-1982

(Em MIL HAB)

ANOS	COBERTURA		
	POP. TOTAL	POP. COBERTA	COBERTURA (%)
1960	1.236	190	15,4
1965	1.482	454	30,6
1970	1.732	661	38,2
1975	1.964	1.073	54,7
1980	2.279	1.941	85,1
1981	2.341	1.939	82,8
1982	2.406	2.072	86,1

FONTE: MESA-LAGO, C., 1987

TABELA I.26  
 GASTOS EM SAUDE COMO PORCENTAGEM DO PIB  
 COSTA RICA: 1979-1980

ANOS	GASTOS DA CCSS	GASTOS TOTAIS
1970	2,1	5,1
1974	2,7	5,6
1975	3,2	5,9
1976	3,5	6,0
1977	4,0	5,7
1978	4,7	6,0
1979	5,5	6,5
1980	6,5	7,4

FONTE: MESA-LAGO, C, 1987

TABELA I.27  
 DISTRIBUIÇÃO INTERNA DOS GASTOS DA CCSS COM SAUDE  
 COSTA RICA: 1960-1979  
 (em %)

GASTOS	ANOS		
	1960	1970	1979
ASSISTENCIA MEDICA	57,9	62,5	77,3
ADMINISTRACAO	10,6	6,8	4,6
INVESTIMENTO E MANUTENCAO	2,0	19,8	6,4
OUTROS	29,5	10,9	11,7
TOTAL	100,0	100,0	100,0

FONTE: MESA-LAGO, C., 1987

TABELA I.28  
 RECEITAS, DESPESAS E SALDOS FINANCEIROS  
 REAIS DOS PROGRAMAS DE ATENÇÃO MÉDICA DA CCSS  
 COSTA RICA: 1976-1983  
 (Em milhões de colones)

ANOS	COMPONENTES FINANCEIROS DA CCSS		
	RECEITA	DESPESA	SALDO
1976	815	789	26
1977	1.124	1.161	-37
1978	1.686	1.654	32
1979	1.856	1.909	-53
1980	2.162	2.227	-115
1981	2.492	2.978	-486
1982	3.852	4.202	-350
1983	5.152	5.979	-827

FONTE: MESA-LAGO, C., 1987

CAPITULO II  
(ANEXO ESTADISTICO)

INDICADORES GERAIS DE DESEMPENHO ECONOMICO

TABELA II.1  
TAXAS DE CRESCIMENTO DO  
PRODUTO INTERNO BRUTO NO BRASIL  
1959-1986

Ano de Referência	Taxa (%)	Ano de Referência	Taxa (%)
1959	5,6	1973	14,0
1960	9,7	1974	9,0
1961	10,3	1975	5,2
1962	5,2	1976	9,8
1963	1,6	1977	4,6
1964	2,9	1978	4,8
1965	2,7	1979	7,2
1966	3,8	1980	9,1
1967	4,9	1981	-3,3
1968	11,2	1982	0,9
1969	9,9	1983	-2,5
1970 (1)	8,8	1984	5,7
1971	11,3	1985	8,3
1972	12,1	1986 (2)	8,2

FONTE: FGV - Revista Conjuntura Econômica (Vários Números)  
e IBGE - Indicadores Sociais: Tabelas Seleccionadas (Vol.2),  
1984.

(1) - Os dados do PIB para os anos 1970-1986, calculados pelo Centro de Contas Nacionais e pelo Centro de Estudos Fiscais, ambos do IBRE/FGV, apresentam-se, parcialmente, diferentes das séries anteriormente existentes, na medida em que se procedeu a uma atualização decorrente de uma revisão conceitual. A este respeito, ver a Revista "Conjuntura Econômica", v.41, número 5, maio de 1987, pag.65, tabela 7, que serviu de base para a presente atualização.

(2) - Dados Preliminares.

OBS: As taxas de crescimento do PIB foram calculadas a partir de valores reais corrigidos pelo deflator implícito do PIB. Desta forma, estas taxas não estão necessariamente coerentes com os valores do PIB apresentados na tabela 4.3, os quais foram deflacionados pelo Índice Geral de Preços - Disponibilidade Interna - e convertidos para dólares constantes, de acordo com a variação média da taxa de câmbio de 1986.

ELABORAÇÃO: André Cezar Medici

TABELA II.2  
 TAXAS MÉDIAS GEOMÉTRICAS ANUAIS DE CRESCIMENTO  
 DO PRODUTO INTERNO BRUTO E DA PRODUÇÃO INDUSTRIAL (POR  
 CATEGORIAS DE USO) SEGUNDO PERÍODOS SELECIONADOS: BRASIL (1947-1986)

Períodos	Taxas Médias Geométricas Anuais de Crescimento(%)					
	PIB (1)	Prod. Indust. Por Categorias de Uso (2)				
		Total	Bens de Consumo Dur.	Bens de Capital	Bens Interm.	Bens de Consumo ñ dur.
1955-1961	6,0	9,8	23,9	26,4	12,1	6,6
1962-1967	3,5	2,6	4,1	2,6	5,9	0,0
1968-1970	10,0	11,9	21,7	13,5	13,7	0,8
1971-1973	12,5	13,5	25,5	22,7	13,2	9,1
1974-1976	8,0	9,1	10,3	13,0	8,7	4,7
1977-1980	7,0	6,4	8,6	3,4	8,0	4,1
1981-1983	-1,6	-4,5	-3,6	-8,9	-3,6	-3,2
1984-1986	7,4	5,5	6,7	14,6	3,8	4,5

FONTE: IBGE; Anuários Estatísticos e FGV/IBRE/CCN, Revista Conjuntura Econômica (vários Números). Esta tabela, produzida originalmente para o artigo de SERRA, José, "Ciclos e Mudanças Estruturais da Economia Brasileira", foi tirada do artigo de FARIA, Wilmar, "Mudanças na Composição do Emprego e na Estrutura das Ocupações", elaborado para a coletânea organizada por BACHA, Edmar, e KLEIN, H.S., "A Transição Incompleta - Brasil desde 1945", Ed. Paz e Terra, RJ, 1986. O período 1981-1986 foi atualizado por André Cezar Medici.

- (1) - Os dados de PIB foram recalculados a partir das novas séries do CCN e do CIEF da FGV, constantes na tabela 4.1, especialmente no que se refere ao período 1970-1986. Os dados sobre o crescimento do PIB para 1986 ainda são preliminares.
- (2) - Os dados para o período 1981-1986 foram calculados indiretamente pelo IBRE, a partir dos dados primários dos indicadores conjunturais da indústria do IBGE, conforme consta na revista "Conjuntura Econômica", V.41, Número 7, de julho de 1987.

TABELA II.3  
EVOLUÇÃO REAL DO PRODUTO INTERNO BRUTO  
E DA POPULAÇÃO BRASILEIRA ESTIMADA (1980-1986)

Em US\$ milhões de 1986

Anos de Referência	Produto Interno Bruto (1)	População (em mil hab.) (2)	PIB per capita (em US\$)
1980	244.578,3	119.002,7	2055
1981	228.002,7	121.954,9	1870
1982	226.980,5	124.980,4	1816
1983	218.915,0	128.098,9	1709
1984	224.225,4	131.258,3	1708
1985	242.655,6	134.514,6	1804
1986	262.731,9	137.851,7	1906

FONTE: CCN/IBRE/FGV, "Revista Conjuntura Econômica", v.41, de janeiro de 1987 e IBGE, Censo Demográfico de 1980.

- (1) - Os dados do PIB correspondem à série existente, em termos nominais, na revista "Conjuntura Econômica", v.41, jan./87 e deflacionada pelo Índice Geral de Preços - Disponibilidade Interna (média para 1986), a preços médios de 1986. Esta série foi convertida para dólares constantes de 1986, em termos médios. As dúvidas quanto às taxas de crescimento encontradas deveram ser esclarecidas na observação constante na tabela 4.1. A taxa média de câmbio calculada para 1986 foi de Cz 13,65 por dolar
- (2) - O dado de população de 1980 corresponde ao valor da população residente encontrada nos resultados definitivos do Censo Demográfico de 1980. Os dados para os anos seguintes da série foram projetados de acordo com a taxa geométrica de crescimento anual encontrada para o período 1970-1980.

ELABORAÇÃO: André Cezar Medici

TABELA II.4  
EVOLUÇÃO DAS TAXAS DE INFLAÇÃO (1)  
BRASIL: 1959-1986

ANOS DE REFERENCIA	TAXAS DE INFLAÇÃO (%)	ANOS DE REFERENCIA	TAXAS DE INFLAÇÃO (%)
1959	37,8	1973	15,5 (2)
1960	29,2	1974	34,5
1961	37,1	1975	29,4
1962	51,7	1976	46,3
1963	75,4	1977	38,8
1964	90,5	1978	40,8
1965	56,6	1979	77,2
1966	38,0	1980	110,2
1967	28,3	1981	95,2
1968	24,2	1982	99,7
1969	20,8	1983	211,0
1970	19,8	1984	223,8
1971	20,4	1985	235,1
1972	17,0	1986	65,0

FONTE: FGV/IBRE/CCN - "Revista Conjuntura Econômica" (vários números)

- (1) - A medida da inflação, para efeitos deste trabalho, corresponde ao Índice Geral de Preços - Disponibilidade Interna, o qual é calculado como média ponderada do Índice de Preços por Atacado (peso 3), Índice de Custo de Vida no Rio de Janeiro (peso 3) e Índice de Custo da Construção Civil no Rio de Janeiro (peso 1). Os dados se referem a variação da inflação de dezembro à dezembro.
- (2) - Segundo cálculos do DIEESE, a taxa real de inflação em 1973 foi de 26%. O baixo valor encontrado pelo índice oficial no período se deve a utilização de critérios de cômputo de preços tabelados ao invés de preços reais coletados nos locais de compra e expurgo de acidentalidades, sazonalidades, etc.

ELABORAÇÃO: André Cezar Medici

TABELA II.5  
 EVOLUÇÃO DA TAXA DE UTILIZAÇÃO  
 DE CAPACIDADE INSTALADA NA INDÚSTRIA: BRASIL 1959-1986

ANOS DE REFERENCIA	TAXA DE UTILIZ. DE CAPAC. INSTAL. (%) (1)	ANOS DE REFERENCIA	TAXA DE UTILIZ. DE CAPAC. INSTAL. (%) (1)
1959	94	1973	100
1960	96	1974	94
1961	98	1975	83
1962	97	1976	84
1963	87	1977	82
1964	85	1978	82
1965	76	1979	84
1966	80	1980	84
1967	76	1981	79
1968	83	1982	76
1969	85	1983	72
1970	89	1984	74
1971	93	1985	77
1972	100	1986	80

FONTE: IBRE/FGV, "Revista Conjuntura Econômica" (vários números).

(1) - A série existente de 1959 a 1974 pode não ser compatível com a do período 1975-1986. Para este último período foi utilizada a série da FIESP.

ELABORAÇÃO: André Cezar Medici

TABELA II.6  
 VARIACAO DAS VENDAS NO  
 COMERCIO VAREJISTA DO RIO DE JANEIRO  
 1972-1986

ANOS DE REFERENCIA	VARIACAO DAS VENDAS (%)
1972	5,3
1973	13,2
1974	-2,0
1975	8,2
1976	2,9
1977	-4,2
1978	2,5
1979	-11,0
1980	-9,2
1981	-17,9
1982	7,2
1983	-13,4
1984	-22,5
1985	14,3
1986	26,8

FONTE: Clube dos Diretores Lojistas do Rio de Janeiro.  
 Corresponde a variacão média das vendas no varejo  
 ocorrida com relao ao ano anterior.

TABELA II.7-A  
EVOLUÇÃO DO PRODUTO DO SETOR "AGROPECUÁRIA"  
BRASIL: 1972-1985

Em US\$ milhões de 1986

Anos de Referência	Produto da Agropecuária	Taxa de Cresc. Anual (%)
1972	12.351,0	-
1973	15.211,1	23,2
1974	16.921,5	11,2
1975	18.034,5	6,6
1976	21.890,3	21,4
1977	26.747,8	22,2
1978	22.217,6	-16,9
1979	23.214,5	-4,5
1980	23.841,9	2,7
1981	20.404,3	-14,4
1982	15.943,0	-21,9
1983	21.809,7	38,0
1984	23.430,8	7,4
1985	25.242,2	7,7

FONTE: IBRE/FGV, Revista "Conjuntura Econômica", v.41, número 5, maio de 1987.

OBS: Utilizou-se como deflator o IGP-DI. A série, inicialmente dada em valores correntes, foi convertida a preços médios de 1986 e posteriormente transformada em dólares, a partir da média das taxas oficiais (Cz 13,65 por dólar) de 1986.

ELABORACAO: André Cezar Medici

TABELA II.7-B  
EVOLUÇÃO DO PRODUTO DO SETOR "INDÚSTRIA"  
BRASIL: 1972-1985

Em US\$ milhões de 1986

Anos de Referência	Produto da "indústria"(1)	Taxa de Cresc. Anual (%)
1972	36.844,9	-
1973	44.729,4	21,4
1974	52.551,0	17,5
1975	59.982,5	14,1
1976	66.859,4	11,5
1977	70.539,6	5,5
1978	76.879,0	9,0
1979	85.653,1	11,4
1980	90.948,3	6,2
1981	82.871,7	-8,9
1982	82.169,6	-0,8
1983	74.450,9	-9,4
1984	78.846,8	5,9
1985	88.621,7	12,4

FONTE: IBRE/FGV, Revista "conjuntura Econômica", v.41, número 5, maio de 1987.

OBS: Quanto aos critérios de deflacionamento, ver observação anexa à tabela II.7-A.

(1) - Corresponde à soma do produto da Indústria Extrativa Mineral, Indústria de Transformação, Indústria de Construção e Serviços industriais de Utilidade Pública.

ELABORAÇÃO: André Cesar Medici

TABELA II.7-C  
EVOLUÇÃO DO PRODUTO DA INDÚSTRIA DE TRANSFORMAÇÃO  
BRASIL: 1972-1985

Em US\$ milhões de 1986

Anos de Referência	Produto da Indústria de Transform.	Taxa de Crescimento Anual (%)
1972	28.226,1	-
1973	34.225,5	21,3
1974	40.058,3	17,0
1975	45.179,4	12,3
1976	51.062,4	13,0
1977	53.370,3	4,5
1978	58.545,4	9,7
1979	64.983,3	11,0
1980	69.682,6	7,2
1981	62.377,4	-10,5
1982	61.575,2	-1,3
1983	56.097,9	-8,9
1984	59.106,7	5,4
1985	63.919,0	8,1

FONTE: IBRE/FGV, Revista "Conjuntura Económica", v.41, número 5, maio de 1987.

OBS: Quanto aos critérios de deflacionamento, ver observação constante na tabela II.7-A.

ELABORAÇÃO: André Cezar Medici

TABELA II.7-D  
EVOLUÇÃO DO PRODUTO DA "INDÚSTRIA DE CONSTRUÇÃO"  
BRASIL 1972-1985

Em US\$ milhões de 1986

Anos de Referência	Produto da Indústria de Construção	Taxa de Crescimento Anual (%)
1972	5.854,7	-
1973	7.057,8	28,2
1974	8.947,1	26,8
1975	10.431,0	16,6
1976	11.341,3	8,5
1977	12.250,0	8,0
1978	13.184,5	7,6
1979	15.622,4	18,5
1980	15.727,0	0,7
1981	15.203,7	-3,3
1982	14.130,0	-7,1
1983	11.785,3	-16,6
1984	11.762,1	-0,2
1985	15.129,5	28,6

FONTE: IBRE/FGV, Revista "Conjuntura econômica", v.41, número 5, maio de 1987.

OBS: Quanto aos critérios de deflacionamento, ver observação constante na tabela II.7-A.

ELABORAÇÃO: André Cezar Medici

TABELA II.7-E  
EVOLUÇÃO DO PRODUTO DO SETOR "SERVIÇOS"  
BRASIL 1972-1985

Em US\$ milhões de 1986

Anos de Referência	Produto do setor Serviços (1)	Taxa de cresc. anual (%)
1972	52.747,2	-
1973	61.552,8	16,7
1974	70.570,4	14,6
1975	82.322,7	16,7
1976	92.492,7	12,4
1977	99.628,9	7,7
1978	109.309,7	9,7
1979	119.211,1	9,1
1980	123.852,4	3,9
1981	123.394,5	-0,4
1982	126.641,8	2,6
1983	126.057,0	-0,5
1984	127.045,4	0,8
1985	143.521,2	13,0

FONTES: IBRE/FGV, "Revista Conjuntura Econômica", v.41, número 5, maio de 1987.

(1) - Inclui os sub-setores comércio, transportes (aéreo, ferroviário, hidroviário, rodoviário, dutoviário), comunicações, instituições financeiras, administrações públicas, aluguéis e outros serviços.

OBS: Quanto aos critérios de deflacionamento, ver observação constante na tabela II.7-A.

ELABORAÇÃO: André Cezar Medici

TABELA II.8  
PARTICIPAÇÃO DO INVESTIMENTO NO PIB  
BRASIL: 1970-1985

---

Anos de Referência | Participação dos Investimentos no PIB

---

1970	22,4%
1971	23,2%
1972	23,7%
1973	25,0%
1974	26,2%
1975	27,6%
1976	25,5%
1977	24,2%
1978	24,6%
1979	25,3%
1980	24,3%
1981	24,7%
1982	23,0%
1983	19,0%
1984	18,1%
1985	19,8%

---

FONTE: IBRE/FGV, "Revista Conjuntura Econômica", v.41, número 5, maio de 1987.

OBS: Como indicador de investimento, utilizou-se a formação bruta de capital fixo. O conceito de investimento que, tradicionalmente, é utilizado em contabilidade social inclui a variação de estoques. Na presente tabela resolveu-se excluí-la dado que a informação sobre "variação de estoques" não estava disponível, de forma desagregada, para os anos de 1984 e 1985, e sim agrupada com o item "consumo das famílias".

ELABORAÇÃO: André Cezar Medici

RELAÇÕES COM O EXTERIOR

TABELA II:9  
EVOLUÇÃO DA TAXA NOMINAL DE CAMBIO CRUZEIRO/DOLAR  
1962-1986

Anos de Referência	Taxa Nominal de Câmbio (1)	Anos de Referência	Taxa Nominal de Câmbio (1)
1962	0,34	1975	8,13
1963	0,52	1976	10,67
1964	0,97	1977	14,14
1965	1,75	1978	18,07
1966	2,17	1979	26,87
1967	2,56	1980	52,70
1968	3,18	1981	93,06
1969	4,03	1982	179,39
1970	4,49	1983	576,16
1971	5,30	1984	1845,29
1972	5,93	1985	6204,86
1973	6,13	1986 (2)	13,65
1974	6,79		

FONTE: IBRE/FGV, "Revista Conjuntura Econômica", Vários Números e FGV/BANCO MUNDIAL "Politica Industrial e Exportação de Manufaturados do Brasil", Ed. FGV, RJ, 1983.

- (1) - A Taxa de Câmbio corresponde à media anual das médias ponderadas mensais das cotações oficiais do dolar estabelecidas pelo Banco Central.
- (2) - Em 1986 os valores médios são dados em cruzados.

ELABORACÃO: André Cezar Medici

TABELA II.10  
EVOLUÇÃO DAS EXPORTAÇÕES,  
DAS IMPORTAÇÕES E DO SALDO NA BALANCA COMERCIAL  
BRASIL 1968-1973

Em US\$ milhões correntes

Anos	Exportações		Importações		Saldo Bal. Comercial	
	Abs	Cresc. (%)	Abs.	Cresc. (%)	No Ano	Saldo ou Deficit Acum.
1968	1.881	-	1.855	-	26	26
1969	2.311	22,9	1.993	7,4	318	344
1970	2.739	18,5	2.507	25,8	232	576
1971	2.882	5,2	3.245	29,4	-363	213
1972	3.987	38,3	4.224	30,2	-237	-24
1973	6.198	55,4	6.016	42,4	182	158

FONTE: BANCO CENTRAL, in PEREIRA, J.E.C., "Financiamento Externo e Crescimento Economico no Brasil, 1966-1973", Ed. IPEA, coleção relatórios de pesquisa número 27, RJ, 1974.

OBS: Os dados acumulados referem-se ao período 1968-1973.

ELABORAÇÃO: André Cezar Medici

TABELA II.11  
EVOLUÇÃO DAS EXPORTAÇÕES,  
DAS IMPORTAÇÕES E DO SALDO NA BALANÇA COMERCIAL  
BRASIL: 1972-1986

Em US\$ milhões de 1986

Anos	Exportações		Importações		Saldo Bal. Comercial	
	Abs.	Cresc. (%)	Abs.	Cresc. (%)	No Ano	Saldo ou Deficit Acum.
1972	9.991	-	10.602	-	-611	-611
1973	13.695	37,1	13.679	29,0	16	-595
1974	14.795	8,0	23.522	72,0	-8.727	-9.322
1975	14.770	-0,2	20.800	-11,6	-6.030	-15.352
1976	16.493	11,7	20.166	-3,1	-3.673	-19.025
1977	18.591	12,7	18.442	-8,5	149	-18.876
1978	18.022	-3,1	19.479	5,6	-1.457	-20.333
1979	19.277	7,0	22.712	16,6	-3.435	-23.768
1980	22.326	15,8	25.457	14,0	-3.131	-26.262
1981	24.071	7,8	22.450	-11,8	1.621	-24.641
1982	20.140	-16,3	19.326	-13,9	814	-23.827
1983	21.550	7,0	15.182	-21,4	6.368	-17.459
1984	25.997	20,6	13.417	-11,6	12.580	-4.879
1985	24.682	-5,0	12.663	-5,6	12.019	7.140
1986	22.393	-9,3	12.866	1,8	9.707	16.847

FONTE: IBRE/FGV, Revista "Conjuntura Econômica", v.41, número 7, julho de 1987.

OBS: Os dados que, originalmente estavam registrados em dólares correntes, foram deflacionados pelo índice de preços por atacado dos EUA. Os valores de exportações, importações e saldo na balança comercial se referem sempre ao acumulado no último dia do mês de dezembro.

ELABORAÇÃO: André Cezar Medici.

TABELA II.12  
EVOLUÇÃO DAS "IMPORTAÇÕES ESPECIAIS"  
BRASIL 1966-1971

Em US\$ milhões correntes

Anos	Importações Especiais			
	Valor	Taxa de cresc. (%)	Particip. nas Import industriais (%)	Particip nas Import. Totais (%)
1966	855,2	-	84,5	56,7
1967	936,0	9,4	80,0	56,1
1968	1279,8	36,7	80,7	69,0
1969	1442,4	12,7	83,1	72,4
1970	1881,9	30,5	82,6	75,1
1971	2441,0	29,7	82,6	75,2

FONTE: VON DOELLINGER, C. "A Política Econômica de Comércio Exterior e seus Efeitos 1967-1972", Ed. IPRA, RP 22, RJ, 1974. Dados corrigidos a partir de correções nos valores registrados no período.

TABELA II.13  
PARTICIPAÇÃO DE ALGUNS ITENS ESPECIAIS  
NA PAUTA DE IMPORTAÇÕES BRASILEIRA  
1972-1985

Em %

Anos	Combust. e Lub.	Fertil.	Prod.Quim. Orgânicos	Ferro Fund. e Aço	Prod.Quim. Inorg.	Total
1972	11,1	3,1	5,0	6,0	1,7	26,9
1973	12,4	2,2	5,5	8,0	1,6	29,7
1974	23,4	3,2	5,0	12,2	1,9	45,7
1975	25,4	2,5	4,3	10,3	2,0	44,5
1976	31,0	1,6	5,8	4,7	2,0	45,1
1977	33,9	2,5	5,3	4,8	2,1	48,6
1978	32,8	2,3	5,3	3,5	2,2	46,1
1979	37,5	2,3	5,4	2,7	2,2	50,1
1980	44,4	2,7	4,9	2,6	2,6	57,2
1981	51,3	1,6	3,6	3,3	1,4	61,2
1982	53,9	1,2	3,8	2,2	1,4	62,5
1983	55,8	0,9	4,3	1,0	1,0	63,0
1984	52,9	1,7	4,7	1,1	1,5	61,9
1985	50,7	1,9	5,9	1,4	1,3	61,2

FONTE: IBRE/FGV, Revista "Conjuntura Econômica", v.41, número 8, agosto de 1987.

ELABORAÇÃO: André Cezar Medici

TABELA II.14  
 PARTICIPAÇÃO DOS MANUFATURADOS NO VALOR DAS  
 EXPORTAÇÕES E DO VALOR DESTAS NO PRODUTO INTERNO BRUTO  
 BRASIL: 1972-1986

Em %

Anos	Valor dos Manufaturados como porcentagem das exportações	Valor das Exportações como porcentagem do PIB
1972	28,6	7,4
1973	29,2	9,0
1974	35,0	8,9
1975	34,9	8,4
1976	32,0	8,5
1977	36,1	9,1
1978	47,4	8,4
1979	52,5	8,4
1980	50,9	9,1
1981	56,1	10,6
1982	55,0	8,9
1983	59,7	9,8
1984	66,3	11,6
1985	65,6	10,2
1986	66,4	8,5

FONTE: IBRE/FGV, Revista "Conjuntura Econômica", vários números.

OBS: Todos os valores foram convertidos em dólares de 1986 para efeitos de homogeneizar a base de comparação.

ELABORAÇÃO: André Cezar Medici.

TABELA II.15  
 DIVIDA EXTERNA E CAPITAL DE RISCO (1)  
 BRASIL: 1970-1986

Em US\$ milhões correntes

Anos	Endividamento Externo (2)	Capital de Risco (3)	(3)/(2) (%)
1970	6.049	2.347	38,8
1971	7.947	2.912	36,6
1972	11.026	3.404	30,9
1973	13.962	4.579	32,8
1974	18.871	6.027	31,9
1975	24.186	7.304	30,2
1976	30.970	9.005	29,1
1977	38.736	11.228	30,6
1978	50.143	13.740	27,4
1979	53.988	15.963	29,6
1980	62.765	17.480	27,8
1981	71.878	19.247	26,8
1982	83.265	21.176	25,4
1983	91.632	22.302	24,3
1984	99.765	22.875	22,9
1985	103.142	25.664	24,9
1986	101.196	-	-

FONTE: IBRE/FGV, Revista "Conjuntura Econômica", v.41, número 3, março de 1987, p. 45.

- (1) - Valores acumulados no ano.  
 (2) - Dívida Externa Registrada e não registrada.  
 (3) - Inclusive reinvestimentos.

ELABORAÇÃO: André Cezar Medici

TABELA II.15-A  
PARCELA DA DIVIDA EXTERNA  
CONTRAIDA COM TAXAS DE JUROS FLUTUANTES  
BRASIL: 1978-1986

Em US\$ bilhões correntes

Anos	Endividamento Externo (1)	Parte contraída à juros flutuantes	(2)/(1) (%)
1978	50,1	30,8	61,5
1979	54,0	37,7	69,8
1980	62,8	43,0	68,5
1981	71,9	49,1	68,3
1982	83,3	55,8	67,0
1983	91,6	71,2	77,7
1984	99,8	72,9	73,0
1985	103,1	74,8	72,6
1986	101,2	84,0	83,0

FONTE: MELLO FLORES, Jorge Oscar de, "Divida Externa", SBERJ, 1987.

TABELA II.16  
INVESTIMENTOS ESTRANGEIROS DIRETOS  
E CONVERSOES DA DIVIDA EXTERNA EM INVESTIMENTO  
BRASIL: 1979-1986

Em US\$ milhões de 1986 (1)

Anos	Investimentos Estrangeiros Liquidos Diretos		Conversões da Divida em Investimento	
	Absoluto	Cresc. (%)	Absoluto	Creascimento (%)
1979	1.887,1	-	262,3	-
1980	1.243,2	-34,1	43,6	-83,4
1981	1.610,1	29,5	1,8	-95,8
1982	987,4	-38,7	142,7	7.827,0
1983	653,4	-33,8	444,8	211,7
1984	1.036,8	58,7	717,8	61,4
1985	691,9	-33,3	558,6	-22,2
1986	-100,0	-	205,8	-63,2

FONTE: BANCO CENTRAL DO BRASIL, in IBRE/FGV, Revista "Conjuntura Econômica", v.41, número 8, agosto de 1987

OBS: os dados, originalmente informados em dólares correntes, foram transformados em dólares constantes de 1986, com base no índice de preços por atacado dos EUA.

ELABORAÇÃO: André Cesar Medici

TABELA II.17  
 ACUMULADAS COM JUROS E AMORTIZACOES DA DIVIDA  
 EXTERNA, DO SALDO DO BALANCO DE PAGAMENTOS E DAS RESERVAS INTERNACIONAIS  
 BRASIL: 1972-1985

Em US\$ milhões correntes

Anos	Despesas c/ juros	Despesas c/ amort.	Saldo do Bal. de Pagtos.	Reservas Intern.
1972	489,0	1.202,0	2.439,0	4.183,2
1973	839,5	1.672,5	2.178,6	6.415,8
1974	1.370,1	1.920,2	-936,3	5.269,1
1975	1.804,3	2.148,7	-950,0	4.040,5
1976	2.039,4	2.887,9	1.191,7	6.543,9
1977	2.462,4	4.060,4	630,0	7.256,1
1978	3.342,4	5.170,2	3.880,2	11.895,1
1979	5.347,5	6.384,7	-3.214,9	9.688,7
1980	7.457,0	2.296,9	-3.471,6	6.912,5
1981	10.305,2	6.436,2	-622,0	7.506,8
1982	10.550,6	6.951,6	-8.828,0	3.994,4
1983	10.263,2	6.862,9	-5.669,3	4.562,9
1984	11.448,8	6.468,2	-797,8	11.995,3
1985	11.238,6	8.490,9	3.200,1	11.608,4

FONTE: IBRE/FGV, Revista "Conjuntura Econômica", v.41, número 8, agosto de 1987.

ELABORAÇÃO: André Cezar Medici

TABELA II.18  
 RELACOES COMERCIAIS DOS EUA  
 COM OS PAISES EM VIAS DE DESENVOLVIMENTO  
 1980-1985

Em US\$ bilhões correntes

Ano	Total			Bens Manufaturados		
	Import.	Export.	Saldo	Import.	Export.	Saldo
1980	122,6	79,6	-43,0	29,5	55,6	26,1
1981	121,3	87,4	-33,9	35,1	61,5	26,4
1982	103,7	80,7	-23,0	37,0	55,5	18,5
1983	107,4	71,0	-54,7	45,9	45,7	-0,2
1984	125,9	72,7	-53,2	61,8	47,5	-14,3
1985	122,2	69,7	-52,5	65,5	46,0	-19,5

FONTE: GATT, in Dornbusch, Rudiger, "Divida Externa e Problemas Comerciais dos EUA", relato feito ao Comitê de Finanças do Senado Americano, em 22 de janeiro de 1987. Publicado na Revista "Conjuntura Econômica", v.41, número 3, março de 1987, Ed. IBRE/FGV.

TABELA II.19  
 INDICE DE VARIACAO DOS PREÇOS POR ATACADO NOS EUA  
 1972-1986

Base 1980 = 100

Anos	Indice de Preços por atacado nos EUA	Anos	Indice de Preços por atacado nos EUA
1972	44,3	1980	100,0
1973	50,2	1981	109,1
1974	59,6	1982	111,3
1975	65,1	1983	112,7
1976	68,1	1984	115,2
1977	72,3	1985	115,4
1978	77,9	1986	110,9
1979	87,7		

FONTE: IBRE/FGV, Revista "Conjuntura Econômica", v.41, número 7, julho de 1987.

TABELA II.20  
 EVOLUCAO DAS TAXAS DE JURO INTERNACIONAIS  
 1974-1986

Anos	Taxas de Juros Internacionais (%)	
	LIBOR (1)	PRIME RATE (1)
1974	10,19	10,25
1975	6,63	7,25
1976	5,38	6,25
1977	7,63	7,75
1978	12,50	11,75
1979	14,75	15,00
1980	16,44	21,50
1981	14,94	15,75
1982	13,40	14,59
1983	9,86	10,54
1984	9,25	10,75
1985	8,00	9,50
1986	6,80	7,50

FONTE: IBRE/FGV, Revista "Conjuntura Econômica", v.41, número 7, julho de 1987.

SETOR FINANCEIRO

TABELA II.21  
 EVOLUÇÃO DAS TAXAS DE JUROS DO  
 OVERNIGHT, SEGUNDO OS PRINCIPAIS PAPIIS (1)  
 BRASIL: 1974-1986

Anos	ORTN (2)	LTN (3)	ADM (4)
1974	-	16,9	-
1975	21,4	22,6	-
1976	39,7	37,4	-
1977	40,8	38,7	43,2
1978	44,8	42,0	45,7
1979	41,1	38,9	45,0
1980	44,4	41,2	49,7
1981(5)	84,6	84,2	82,3
1982	110,5	111,2	111,2
1983	180,0	171,2	179,4
1984	231,0	235,0	231,0
1985	247,6	224,3	250,2
1986	74,3	-	76,7

FONTE: IBRE/FGV, Revista "Conjuntura Econômica", v. 41, número 2, fevereiro de 1987.

- (1) - Corresponde a variação nominal média anual do valor dos papéis negociados no mercado "overnight"
- (2) - Obrigações Reajustáveis do Tesouro Nacional. A partir de março de 1986 passaram a se denominar Obrigações do Tesouro Nacional (OTN's).
- (3) - Letras do Tesouro Nacional (LTN's).
- (4) - Denominação conferida ao "open-market" de títulos privados.
- (5) - A partir de 1982, os dados correspondem a anualização geométrica das taxas médias mensais relativas a cada ano.

ELABORAÇÃO: André Cezar Medici.

TABELA II.22  
EVOLUÇÃO DOS EMPRÉSTIMOS  
CONCEDIDOS AO SETOR PRIVADO (1)  
BRASIL: 1972-1986

Em US\$ milhões de 1986

Anos	Sistema Monetário (2)		Sistema Não Monet. (3)		Total (4)=(2)+(3)	
	Absoluto	Cresc. (%)	Absoluto	Cresc. (%)	Absoluto	Cresc. (%)
1972	26.225,3	-	23.075,7	-	49.301,0	-
1973	32.606,7	24,3	32.606,7	41,3	65.213,4	32,3
1974	39.979,9	22,6	38.248,0	18,6	78.227,9	20,0
1975	49.946,0	24,9	47.426,0	24,0	97.372,0	24,5
1976	54.125,4	8,4	53.268,9	12,3	107.394,3	10,3
1977	57.731,9	6,7	57.100,7	8,4	114.832,6	6,9
1978	61.365,0	6,3	61.478,3	7,7	122.843,3	7,0
1979	66.968,7	9,1	64.611,8	5,1	131.580,5	7,1
1980	57.035,9	-14,8	56.803,7	-12,1	113.839,6	-13,5
1981	45.227,3	-20,7	58.425,8	2,9	103.653,1	-8,9
1982	41.999,2	-7,1	61.558,7	5,4	103.557,9	-0,9
1983	36.683,7	-12,7	63.812,2	3,7	100.495,9	-3,0
1984	34.264,7	-6,6	60.863,6	-4,6	95.128,3	-5,3
1985	38.930,4	13,6	63.021,9	3,6	101.952,3	7,2
1986	44.557,5	14,5	42.743,6	-32,2	87.301,1	-14,4

FONTE: IBRE/FGV; Revista "Conjuntura Econômica", v.41, número 8, agosto de 1987.

- (1) - Os valores correntes foram convertidos em cruzados de 1986 e, posteriormente, em dólares de 1986 (cotação média oficial de 13,65).
- (2) - Corresponde a soma dos empréstimos concedidos pelo Banco do Brasil e pelos Bancos Comerciais.
- (3) - Corresponde aos empréstimos concedidos pelos Bancos de Investimento, Financeiras, Caixas Econômicas, Sociedades de Crédito Imobiliário, Associações de Poupança e Empréstimo, Banco Nacional da Habitação, Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social, Bancos Estaduais de Desenvolvimento e Banco Nacional de Crédito Cooperativo.

ELABORAÇÃO: André Cezar Medici

TABELA II.23  
 EVOLUÇÃO DOS ATIVOS FINANCEIROS  
 (PAPEL MOEDA, DEPOSITOS A VISTA E APLICAÇÕES REMUNERADAS)  
 BRASIL: 1973-1986

Anos	Variação Nominal Anual dos Ativos Financeiros (%)			
	Ativos Totais	Papel-Moeda	Dep. à Vista	Aplic. Rem.
1973	52,1	42,6	139,9	56,2
1974	34,7	26,8	34,8	35,6
1975	59,6	49,0	42,6	7,2
1976	47,0	49,0	36,1	52,4
1977	48,6	41,1	37,1	54,7
1978	51,7	44,3	40,6	57,0
1979	67,0	77,8	71,6	64,2
1980	68,5	73,6	69,5	67,6
1981	143,4	80,0	74,0	176,8
1982	127,5	88,5	72,1	138,3
1983	188,4	86,2	109,2	206,2
1984	248,6	232,2	192,3	255,5
1985	240,2	283,3	310,2	228,9
1986	99,6	258,2	315,9	66,5

FONTE: IBRE/FGV, Revista "Conjuntura Econômica", v.41, número 8, agosto de 1987.

OBS: Os depósitos a vista correspondem ao total obtido no Banco do Brasil, nos Bancos Comerciais e nas Caixas Econômicas. As aplicações remuneradas correspondem ao total dos depósitos de poupança (CEF, Caixas Estaduais, Sociedades de Crédito Mobiliário e Associações de Poupança e Empréstimo), dos depósitos a prazo fixo, das letras de câmbio imobiliárias, das ORTN's e LTN's e das letras dos tesouros estaduais.

ELABORAÇÃO: André Cesar Medici.

TABELA II.24  
COMPOSIÇÃO PERCENTUAL DOS HAVERES FINANCEIROS(1)  
BRASIL: 1977-1986

Anos	Haveres Monet.	Haveres Não Monetários				
		Total	Titulos Fed.(2)	Dep. Poup.	Dep. prazo	Letras de câmbio
1977	35,0	65,0	20,8	18,1	13,6	8,3
1978	32,3	67,7	20,9	19,2	15,1	8,5
1979	34,1	65,9	16,2	21,3	16,7	7,6
1980	34,7	65,3	14,9	23,9	15,5	6,7
1981	26,9	73,1	21,6	25,0	15,7	5,0
1982	22,2	77,8	23,3	27,3	15,9	6,2
1983	17,5	82,5	18,1	34,6	18,4	6,1
1984	13,8	86,2	26,4	31,1	19,5	4,9
1985	13,9	86,1	32,2	27,1	18,6	4,1
1986	28,2	71,8	22,4	22,6	22,0	3,0

FONTE: Revista "Conjuntura Econômica, v.41, número 2, fev. de 1987.

- (1) - Exclui a carteira de títulos do Banco Central.
- (2) - Corresponde à soma das LTN's, ORTN's e LBC's que não estão na carteira de títulos do Banco Central. A partir de março de 1986, as ORTN's passaram a ser OTN's e foram criadas as Letras do Banco Central (LBC's).

TABELA II.25  
DESPESAS FINANCEIRAS  
COMO PERCENTAGEM DAS DESPESAS OPERACIONAIS  
NUMA AMOSTRA DE 1000 EMPRESAS MAIS SIGNIFICATIVAS  
BRASIL: 1978-1985

Anos	Total	Empresas Estatais	Empresas Priv. Estrangeiras	Empresas Priv. Nacionais
1978	24,1	30,7	22,9	15,4
1979	62,5	85,7	35,6	34,2
1980	49,0	59,0	34,9	34,8
1981	65,6	84,1	44,2	41,2
1982	44,6	51,8	34,5	34,3
1983	74,2	88,8	50,0	47,2
1984	63,1	78,6	47,9	44,9
1985	49,0	57,0	44,6	41,6

FONTE: Grupo de Análise Contábil da FGV.

TABELA II.26  
POUPANÇA FINANCEIRA E  
INVESTIMENTOS COMO PROPORÇÃO DO PIB  
BRASIL: 1970-1985

Anos	Poupança Financeira (%)	Investimentos (%)
1970	7,6	25,8
1971	8,7	26,3
1972	11,0	26,4
1973	12,0	27,8
1974	11,2	30,8
1975	11,2	32,5
1976	11,2	27,8
1977	11,1	26,3
1978	10,7	25,7
1979	13,0	22,7
1980	12,4	23,2
1981	13,9	21,2
1982	17,8	21,2
1983	19,3	16,9
1984	23,0	16,4
1985	27,2	16,3

FONTE: IBRE/FGV. Os dados de investimento, a partir de 1981 são do Banco Central do Brasil.

OBS: A poupança financeira corresponde à diferença entre os saldos médios de um ano e do ano anterior, referentes à soma dos estoques de papéis moeda em poder do público, dos depósitos a vista e a prazo, dos depósitos na poupança, dos títulos federais em poder do público, do FGTS e do PIS/PASEP. Os dados sobre investimentos como porcentagem do PIB são diferentes dos apresentados na tabela II.8, que se referem exclusivamente à formação bruta de capital fixo. No caso dos dados acima, incluem-se os valores relacionados à variação de estoques, o que contribui para elevar a parcela dos investimentos nos períodos de auge (quando a variação nos estoques é positiva) e deprimi-los nos períodos de crise, quando os estoques são queimados.

INDICADORES DO MERCADO DE TRABALHO

TABELA II.27  
EVOLUCAO DO MAIOR SALARIO MINIMO REGIONAL (1)  
BRASIL: 1952-1987

Anos	Indice de Sal. Min.		Anos	Indice de Sal. Min	
	Data de in. de reajuste	Indice (2)		Data de in. de reajuste	Indice (2)
1952	janeiro	100,0	1972	maio	65,6
1953	-	82,4	1973	maio	60,1
1954	julho	100,1	1974	maio e dez.	55,2
1955	julho	112,4	1975	maio	57,6
1956	agosto	114,2	1976	maio	57,2
1957	agosto	124,2	1977	maio	59,6
1958	agosto	108,0	1978	maio	61,4
1959	janeiro	120,9	1979	maio e nov.	62,0
1960	outubro	102,0	1980	maio e nov	62,5
1961	outubro	113,2	1981	maio e nov.	64,1
1962	-	103,1	1982	maio e nov.	66,8
1963	janeiro	90,8	1983	maio e nov.	56,8
1964	fevereiro	93,6	1984	maio e nov.	52,7
1965	março	90,3	1985	maio e nov.	53,9
1966	março	77,0	1986	março	49,1
1967	março	72,8	1987	janeiro (3)	45,5
1968	março	71,3	1987	março	49,2
1969	maio	68,6	1987	maio	38,5
1970	maio	69,8	1987	junho	36,7
1971	maio	66,8	-	-	-

FONTE: BOLETIM DO DIEESE (vários números) e IBRE/FGV, Revista "Conjuntura Econômica", v.41, número 8, agosto de 1987 e SALM, C. (organizador), "mercado de trabalho: estrutura e conjuntura", mimeo., 1987.

- (1) - Até 1983, existiam no Brasil 3 salários mínimos regionais, sendo que o maior correspondia ao recebido nos Estados de Rio de Janeiro e São Paulo. Recentemente, o salário mínimo foi unificado nacionalmente. Considerou-se, portanto, nesta tabela, a evolução do maior salário mínimo. Os dados que serviram de base para o cálculo desses índices, foram deflacionados até 1958 pelo índice de custo de vida elaborado pela Prefeitura Municipal de São Paulo. De 1959 a 1986, tais dados foram deflacionados pelo índice de custo de vida do DIEESE para São Paulo. Em 1987 utilizou-se como deflador o IGP/DI.
- (2) - Base 1952=100. Corresponde à média anual dos salários reais mensais.
- (3) - A partir de janeiro de 1987 os dados são relativos ao salário real nos meses de reajuste do salário mínimo efetivamente ocorridos em função dos gatilhos salariais.

ELABORACAO: André Cezar Medici

TABELA II.28  
 REAJUSTES SALARIAIS DE DIFERENTES CLASSES DE SALARIO  
 COM BASE NO INPC, SEGUNDO A LEGISLAÇÃO SALARIAL VIGENTE  
 BRASIL 1979-1983

Classes de sal. min.	Legislação Salarial e Reajustes (em % do INPC)						
	Lei 6708 (nov. 1979)	Lei 6986 (dez. 1980)	D.Lei 2012 (fev. 1983)	D.Lei 2024 (jun. 1983)	D.Lei 2045 (ago. 1983)	D.Lei 2064 (out. 1983)	D.Lei 2065 (out. 1983)
1 a 3sm	110,0	110,0	100,0	100,0	80,0	100,0	100,0
4sm.	107,5	107,5	98,7	100,0	80,0	95,0	95,0
5sm.	106,0	106,0	98,0	100,0	80,0	92,0	92,0
6sm.	105,0	105,0	97,5	100,0	80,0	90,0	90,0
7sm.	104,3	104,3	97,1	100,0	80,0	88,0	88,6
8sm.	103,7	103,7	95,0	97,5	80,0	84,0	85,0
9sm.	103,3	103,3	93,3	95,6	80,0	80,0	82,2
10sm.	103,3	103,3	92,0	94,0	80,0	77,0	80,0
11sm.	100,9	100,9	90,9	92,7	80,0	75,0	78,2
12sm.	99,2	99,2	90,0	91,7	80,0	73,0	76,7
13sm.	97,7	97,7	89,2	90,8	80,0	71,0	75,4
14sm.	96,4	96,4	88,6	90,0	80,0	69,0	74,3
15sm.	95,3	95,3	88,0	89,3	80,0	68,0	73,3
16sm.	94,4	92,5	85,6	86,9	80,0	66,0	71,9
17sm.	93,5	90,0	83,5	84,7	80,0	64,0	70,6
18sm.	92,8	87,8	81,7	82,8	80,0	62,0	69,4
19sm.	92,1	85,8	80,0	81,0	80,0	60,0	68,4
20sm.	91,0	84,0	78,5	79,5	80,0	58,0	67,5
21sm.	90,9	80,0	74,8	75,7	80,0	56,0	66,7
22sm.	90,4	76,4	71,4	72,3	80,0	53,0	65,9
23sm.	90,0	73,0	68,3	69,1	80,0	51,0	65,2
24sm.	89,6	70,0	65,4	66,2	80,0	49,0	64,6
25sm.	89,2	67,2	62,8	63,6	80,0	47,0	64,0
26sm.	88,8	64,6	60,4	61,1	80,0	45,0	63,5
27sm.	88,5	62,2	58,1	58,9	80,0	43,0	63,0
28sm.	88,2	60,0	56,1	56,8	80,0	42,0	62,5
29sm.	87,9	57,9	54,1	54,8	80,0	40,0	62,1
30sm.	87,7	56,0	52,3	53,0	80,0	39,0	61,7
31sm.	87,4	54,2	50,6	51,3	80,0	38,0	61,3
32sm.	87,2	52,5	49,1	49,7	80,0	37,0	60,9
33sm.	87,0	50,9	47,6	48,2	80,0	35,0	60,6
34sm.	86,8	49,4	46,2	46,8	80,0	33,0	60,3
35sm.	86,6	48,0	44,9	45,4	80,0	32,0	60,0
36sm.	86,4	46,7	43,6	44,2	80,0	31,0	59,7
37sm.	86,2	45,4	42,4	43,0	80,0	30,0	59,5
38sm.	86,0	44,2	41,3	41,8	80,0	30,0	59,2
39sm.	85,9	43,1	40,3	40,8	80,0	30,0	59,0
40sm.	85,7	42,0	39,2	39,7	80,0	30,0	58,7
+ 40sm.	-	-	-	-	80,0	30,0	-

FONTE: AGUIAR, M. A. S., et alii, "Ditadura Económica X Democracia", Ed. CODECRI/IBASE, 1983.

TABELA II.29  
EVOLUÇÃO DA PEA, DOS OCUPADOS  
DOS DESOCUPADOS E DA TAXA DE DESOCUPAÇÃO  
BRASIL: 1976-1985

Anos	Pop. Econ. Ativa (1)	Ocupados	Desocupados (2)	Taxa de Desocup. (2)/(1)
1976	38.751.247	38.037.996	713.251	1,84
1977	41.132.210	40.179.372	952.838	2,32
1978	42.567.725	41.564.465	1.003.260	2,36
1979	43.917.384	42.706.913	1.210.471	2,76
1981	47.488.526	45.465.410	2.023.116	4,26
1983	50.940.700	48.466.493	2.474.207	4,86
1984	52.443.112	50.208.765	2.234.347	4,26
1985	55.098.494	53.236.936	1.861.558	3,38

FONTE: IBGE, PNAD's 1976 a 1985.

OBS: Nos anos de final zero, que correspondem a realização dos Censos Demográficos, não são feitas as PNAD's. Nesse sentido não existe PNAD 1980. Em 1982 os dados de mão de obra da PNAD ficaram incompatíveis com os relativos aos demais anos, em função de alterações no período de referência, o que foi corrigido a partir de 1983. Resolveu-se, portanto, não utilizar as informações de 1982.

ELABORAÇÃO: André Cezar Medici

TABELA II.30  
 EVOLUÇÃO DAS TAXAS DE DESOCUPAÇÃO  
 NAS REGIÕES METROPOLITANAS DO RIO DE JANEIRO E SÃO PAULO

Regiões e meses	Anos de Referência					
	1982	1983	1984	1985	1986	1987
RMRJ						
jan	-	5,8	6,5	6,4	3,9	2,9
fev	-	5,4	6,8	5,7	3,9	3,3
mar	-	6,7	7,3	6,0	4,3	3,1
abr	-	6,6	7,3	5,6	3,7	2,8
mai	-	6,3	7,8	5,6	4,2	3,7
jun	6,4	6,5	7,1	5,0	3,7	3,9
jul	6,0	6,2	6,9	4,8	3,6	-
ago	5,8	6,6	6,9	4,3	3,5	-
set	5,0	6,7	6,4	4,3	3,3	-
out	5,0	6,2	6,6	3,9	3,0	-
nov	4,5	6,2	6,4	3,8	2,6	-
dez	3,9	5,0	5,1	3,1	2,3	-
RMSP						
jan	-	6,5	7,9	6,0	4,1	3,3
fev	-	6,5	8,1	6,0	4,4	3,1
mar	-	7,0	7,5	6,2	4,2	3,1
abr	-	7,3	7,5	6,0	4,1	3,5
mai	-	7,2	8,0	5,7	3,7	3,8
jun	5,2	7,0	7,2	5,6	3,4	4,5
jul	5,4	7,0	6,8	5,2	3,1	-
ago	5,7	6,9	6,9	4,8	3,2	-
set	5,6	7,2	6,4	4,5	2,9	-
out	4,9	6,7	5,9	4,1	2,9	-
nov	4,5	6,4	5,3	3,6	2,4	-
dez	3,6	5,5	4,1	2,7	1,8	-

FONTE: IBGE, Pesquisa Mensal de Emprego

OBS: Embora a série da PME exista desde janeiro de 1980 para estas duas Regiões, a troca de metodologia ocorrida entre fevereiro e maio de 1982 impede a comparabilidade da série janeiro/1980 - maio/1982 com a subsequente.

TABELA II.31  
TAXAS DE DESEMPREGO TOTAL, ABERTO E OCULTO  
REGIAO METROPOLITANA DE SAO PAULO - 1985 E 1986 (1)

Componentes do desemprego e trimes- tres	Anos de Referência		
	1985 (%)	1986 (%)	1987 (%)
Desemprego Total			
jan-mar	13,9	11,5	
abr-jun	13,5	10,2	
jul-set	11,9	9,4	
out-dez	9,8	7,3	
Desemprego Aberto			
jan-mar	8,9	7,3	
abr-jun	8,7	6,6	
jul-set	7,2	5,7	
out-dez	5,8	4,4	
Desempreg. Oc. Trab. Prec.			
jan-mar	3,2	2,5	
abr-jun	3,1	2,2	
jul-set	3,0	2,0	
out-dez	2,3	1,4	
Desempreg. Oc. p/desalento			
jan-mar	1,8	1,7	
abr-jun	1,7	1,4	
jul-set	1,7	1,7	
out-dez	1,7	1,5	

FONTE: Fundação SEADE e DIEESE.

(1) - Na metodologia utilizada pelo DIEESE/SEADE, o desemprego total corresponde a soma do desemprego aberto com o desemprego oculto por trabalho precário e por desalento.

TABELA II.32  
TAXAS DE ATIVIDADE POR SEXO  
BRASIL: 1976-1985

Anos	Taxas de Atividade (%)		
	Total	Homens	Mulheres
1976	50,68	73,53	28,66
1977	52,91	74,02	32,56
1978	53,28	74,40	32,90
1979	53,62	74,53	33,45
1981	53,42	74,63	32,87
1982	54,88	75,56	34,84
1983	54,84	74,80	35,57
1984	54,80	74,63	35,65
1985	56,08	76,03	36,89

FONTE: IBGE, PNAD's 1976-1985

OBS: A taxa de atividade é aqui definida como a relação entre a população economicamente ativa de 10 anos e mais e a população total de 10 anos e mais.

ELABORAÇÃO: André Cezar Medici

TABELA II.33  
INDICADORES DE PRECARIIDADE DO MERCADO DE TRABALHO  
BRASIL: 1976-1985

Em %

Anos	Empregados s/carteira assinada		Ocupados c/ renda inf. a 1 sal. mínimo	Ocupados que n/descontam p/a previd.	Taxa de Precariedade
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
1976	23,3	38,7	43,7	-	-
1977	25,0	41,1	46,9	-	-
1978	25,0	40,1	45,1	51,7	-
1979	25,1	40,1	41,6	50,9	-
1981	25,8	41,9	38,6	50,1	52,4
1983	29,2	47,2	41,7	52,3	58,0
1984	27,6	45,1	40,9	53,2	56,3
1985	28,1	43,5	42,1	52,7	57,6

FONTE: IBGE, PNAD's 1976-1985

(1) - Empregados que não possuíam carteira de trabalho assinada pelo empregador como parte dos ocupados.

(2) - Empregados que não possuíam carteira de trabalho assinada pelo empregador como parte dos empregados.

(3) - Ocupados com renda inferior a um salário mínimo como parte dos ocupados.

(4) - Trabalhadores que não descontam para a previdência social como parte dos ocupados.

(5) - A taxa de precariedade do mercado do trabalho é a soma dos desempregados abertos, adicionados dos ocupados com renda inferior a 1 salário mínimo e dos ocupados com renda entre 1 e 2 salários mínimos que não descontam para a Previdência Social. Este total é dividido pela PEA.

ELABORAÇÃO: André Cezar Medici.

TABELA II.34  
EVOLUÇÃO DO EMPREGO FORMAL  
SEGUNDO SETORES DE ATIVIDADE SELECIONADOS  
BRASIL: 1979-1984

Em milhares de empregos

Setores de Atividade	Anos de Referência					
	1979	1980	1981	1982	1983	1984
Extrativa Mineral	132	137	130	129	122	127
Industria de Transf.	5140	5274	4756	4730	4406	4659
Serv. Ind. Util. Pub.	280	292	281	285	279	279
Constr. Civil	1241	1192	1172	1072	740	711
Comercio	2667	2650	2519	2493	2372	2343
Serviços	5534	5689	5637	5664	5439	5611
Adm. Pub.	3137	3313	3516	3738	3842	4145
TOTAL	18876	19312	18753	18887	18159	18840

FONTE: Ministério do Trabalho, Relação Anual de informações Sociais.

TABELA II.35  
 TAXAS DE CRESCIMENTO ANUAL (1)  
 DO EMPREGO FORMAL POR SETOR DE ATIVIDADE  
 BRASIL: 1979-1984

Setores de Atividade	Anos de Referência					Média
	1980 (%)	1981 (%)	1982 (%)	1983 (%)	1984 (%)	
Extrativa Mineral	3,8	-5,1	-0,8	-5,4	4,1	-0,8
Industria de Transf.	2,6	-9,8	-0,5	-6,8	5,7	-1,9
Serv. Ind. Util. Pub.	4,3	-3,8	1,4	-2,1	0,0	0,0
Constr. Civil	-3,9	-1,7	-8,5	-31,0	-3,9	-10,5
Comercio	-0,6	-4,9	-1,0	-4,9	-1,2	-2,6
Serviços	2,8	-0,9	0,5	-4,0	3,2	1,4
Adm. Pub.	5,6	6,1	6,3	2,8	7,9	5,7
TOTAL	2,3	-2,9	0,7	-3,9	3,7	0,0

FONTE: Ministério do Trabalho, Relação Anual de Informações Sociais

(1) Considerou-se a taxa de crescimento sobre o ano anterior. A última coluna corresponde a taxa média geométrica de crescimento anual do período 1979-1984.

TABELA II.36  
EVOLUÇÃO DOS  
SALÁRIOS REAIS NA INDÚSTRIA  
SÃO PAULO 1975-1987  
(BASE 1978=100)

Anos e meses	Índice
1975	72,6
1976	83,7
1977	89,1
1978	100,0
1979	107,7
1980	116,7
1981	122,2
1982	125,1
1983	109,7
1984	114,2
1985	140,5
1986	175,9
1987	
jan	165,6
fev	165,3
mar	182,7
abr	181,6

FONTE: FIESP

OBS: Este índice está deflacionado pelo indicador de custo de vida de São Paulo, calculado pela FIPE

TABELA II.37  
EVOLUÇÃO DO RENDIMENTO REAL DOS EMPREGADOS  
NA REGIÃO METROPOLITANA DE SÃO PAULO

Em US\$ de março de 1986

Meses	Anos de Referência							
	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987
jan	-	215	223	227	186	174	198	237
fev	228	211	216	217	179	174	195	231
mar	233	211	219	210	171	168	202	216
abr	229	222	219	208	166	167	215	210
mai	248	226	220	217	180	185	224	206
jun	239	232	216	211	177	190	224	195
jul	237	232	217	191	177	188	237	191
ago	234	221	213	184	178	189	242	
set	234	217	215	172	170	188	246	
out	217	218	217	168	171	188	250	
nov	245	251	247	193	194	213	264	
dez	325	346	313	248	218	240	297	

FONTE: IBGE, Pesquisa Mensal de Emprego

OBS: Esta série foi deflacionada pelo INPC sem expurgo, tendo como base o mes de março de 1986. A taxa de câmbio Cz/US\$ naquele mes era de 13,84.

TABELA II.38  
TAXA DE CRESCIMENTO DO  
RENDIMENTO MÉDIO REAL DOS EMPREGADOS  
NA RMSF EM ALGUNS MESES ESPECIAIS,  
1980-1986

EM %

Anos	Meses Especiais (2)			
	março	maio	setembro	novembro
(1)				
1981	-9,5	-8,8	-7,2	2,4
1982	3,6	-2,9	-0,8	-1,4
1983	-4,2	-1,4	-19,9	-21,9
1984	-18,5	-17,1	-1,3	0,4
1985	-1,5	-2,8	10,2	9,8
1986	20,2	21,2	31,3	-

FONTE : IBGE, Pesquisa Mensal de Emprego

(1) - Taxa de crescimento sobre o ano anterior

(2) - Estes meses são os que concentram a maior parte das datas-base de dissídio coletivo.

TABELA II.39  
EVOLUÇÃO REAL DA MASSA SALARIAL DOS OCUPADOS  
RMSP 1980-1987  
FEV/1980=100

Meses	Anos de Referência							
	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987
jan	-	95	91	112	89	91	103	
fev	100	95	93	106	88	92	103	
mar	103	93	101	106	86	89	108	
abr	98	96	107	105	85	89	120	
mai	111	98	112	109	93	98	125	
jun	107	98	109	105	93	100	123	
jul	108	93	108	95	91	99	131	
ago	107	93	106	90	95	100	136	
set	107	91	108	83	91	101	139	
out	100	91	112	80	91	102	141	
nov	110	99	125	89	102	114		
dez	141	136	156	116	113	127		

FONTE: IBGE, Pesquisa Mensal de Emprego

OBS: A série nominal da massa salarial dos ocupados (rendimentos do trabalho principal) em São Paulo, foi deflacionada pelo INPC restrito sem expurgo (base março de 1986 = 100)

FINANÇAS PÚBLICAS E GASTO SOCIAL

TABELA II.40  
EVOLUÇÃO DA DÍVIDA PÚBLICA  
BRASIL: 1975-1976

Em US\$ milhões de 1986

Anos	Dívida Pública Total (1)	
	Valor	Taxa de Crescimento (%)
1975	16.379,9	-
1976	18.057,5	10,2
1977	19.974,8	10,6
1978	21.329,3	6,8
1979	20.182,7	-5,4
1980	16.417,1	-18,7
1981	28.460,8	73,4
1982	36.739,4	29,1
1983	47.112,7	28,2
1984	35.106,0	-25,5
1985	77.417,0	120,5
1986	81.135,3	4,8

FONTE: IBRE/FGV, Revista Conjuntura Econômica, v.41, número 8, agosto de 1987.

(1) - Valores correspondente a soma da dívida em ORTN's (OTN's), LTN's, LBC's e dívida dos estados e municípios. Tais valores foram convertidos a preços médios de 1986, através do IGP/DI e transformados em dólares constantes de 1986.

ELABORAÇÃO: André Cezar Medici

TABELA II.41  
 DIVIDA LIQUIDA DO SETOR PUBLICO  
 BRASIL: 1982-1986

Em US\$ milhões correntes

Anos	Divida Liquida do Setor Público					
	Total		Divida Interna		Divida Externa	
	Valor	Cresc.	Valor	Cresc.	Valor	Cresc.
1982	86.371	-	38.279	-	48.092	-
1983	96.520	11,7	34.530	-9,8	61.990	28,9
1984	103.819	7,6	40.780	18,1	63.039	1,7
1985	117.024	12,7	47.110	15,5	69.914	10,9
1986	132.571	13,3	52.650	11,8	79.921	14,3

FONTE: Banco Central do Brasil

TABELA II.42  
 NECESSIDADES DE FINANCIAMENTO DO SETOR PUBLICO  
 BRASIL: 1984-1986

Em US\$ milhões de 1986

Anos	Necessidades de Financiamento do Setor Público			
	Conceito Nominal		Conceito Operacional	
	Valor	% s/o PIB	Valor	% s/o PIB
1984	52.083,0	23,3	6.102,0	2,7
1984	67.403,8	27,8	10.318,7	4,3
1985	26.005,0	9,9	7.553,2	2,9

FONTE: Banco Central do Brasil

TABELA II.43  
EVOLUÇÃO DA RECEITA TRIBUTÁRIA DO GOVERNO FEDERAL  
BRASIL: 1975-1986

Em US\$ milhões de 1986

Anos	Receita Tributária Federal			
	Total		Impostos Federais	Taxas
	Valor	Cresc.		
1975	14.884,7	-	14.145,5	739,2
1976	17.048,4	14,5	16.297,5	750,9
1977	16.910,1	-0,8	16.079,5	830,6
1978	17.824,1	5,4	16.971,7	852,4
1979	16.633,8	-6,7	15.797,9	835,9
1980	18.367,6	10,4	17.295,6	1.072,0
1981	16.763,7	-8,7	15.977,5	786,2
1982	16.992,5	1,4	16.274,5	718,0
1983	14.295,9	-15,9	13.709,4	586,5
1984	13.376,4	-6,4	12.941,7	434,7
1985	17.088,3	27,7	16.703,9	384,4
1986	20.852,5	22,0	20.708,4	144,1

FONTE: IBRE/FGV, Revista "Conjuntura Econômica", v.41, número 8, agosto de 1987.

OBS: Os dados originais, em cruzados correntes, foram convertidos em dólares de 1986 (taxa média de Cz 13,65 por dólar).

TABELA II.44  
INDICADORES DE DESEMPENHO ECONOMICO DOS ESTADOS  
EVOLUCAO DA ARRECADAÇÃO DE ICM E DA DIVIDA PUBLICA  
DOS ESTADOS E MUNICIPIOS - BRASIL: 1972-1986

Em US\$ milhões correntes

	Arrecad. de ICM		Divida Pub. dos Est. e Municip.	
	Valor	Cresc.	Valor	Crescimento
1972	7.199,1	-	-	-
1973	8.404,9	16,7	-	-
1974	8.997,0	7,0	-	-
1975	9.592,7	6,6	2.318,4	-
1976	9.633,0	0,4	2.722,1	17,4
1977	10.282,3	6,7	2.583,0	-5,1
1978	11.213,1	9,0	2.783,9	7,8
1979	11.277,5	0,6	3.262,5	17,2
1980	11.763,2	4,3	2.912,3	-10,7
1981	11.150,6	-5,2	3.807,5	30,7
1982	11.633,8	4,3	4.873,6	28,0
1983	10.148,5	-12,8	4.954,3	1,7
1984	10.598,4	4,4	4.916,7	-0,8
1985	12.576,8	18,7	5.940,7	20,8
1986	16.277,9	29,4	4.498,6	-24,3

FONTE: IBRE/FGV, Revista "Conjuntura Econômica", v.41, n.8, ago/87.

OBS: Os valores, fornecidos em cruzados correntes, foram convertidos em cruzados constantes de 1986 e, em seguida, para dólares médios de 1986.

TABELA II.44-A  
EVOLUÇÃO DAS  
TRANSFERÊNCIAS DA UNIÃO AOS ESTADOS E MUNICÍPIOS  
BRASIL 1975-1983

Em US\$ milhões de 1986

Anos	Transferências da União	
	Valor	Taxa de crescimento
1975	3.226,1	-
1976	4.214,7	30,6
1977	4.202,9	-0,3
1978	4.615,7	9,8
1979	4.703,5	1,9
1980	4.149,3	-11,8
1981	3.899,2	-6,0
1982	4.511,3	15,7
1983	3.841,2	8,5

FONTE: AFONSO, J.R.R., "Fontes de Financiamento dos Governos Estaduais e Municipais no Brasil", RJ, ago/1985, mimeo.

OBS: Os valores, dados em cruzeiros constantes de 1983, foram convertidos para dólares de 1983 e, posteriormente, para dólares de 1986, pelo IPA dos EUA.

TABELA II.45  
EVOLUÇÃO DOS GASTOS ORÇAMENTÁRIOS DO GOVERNO FEDERAL  
BRASIL: 1980-1986

Em US\$ milhões de 1986

Anos	Gastos do Governo Federal (1)		Gastos Sociais (2)		(2)/(1) (%)
	Valor	Cresc.	Valor	Cresc.	
1980	23.047,6	-	6.245,6	-	27,1
1981	20.783,1	-9,8	6.809,8	9,0	32,8
1982	21.778,8	4,8	6.688,3	-1,8	30,7
1983	20.567,4	-5,6	5.765,3	-13,8	28,0
1984	19.544,6	-5,0	5.362,4	-7,0	27,4
1985	21.428,1	9,6	7.097,1	32,4	33,
1986	40.154,5	87,4	9.266,4	30,6	23,1

FONTE: BAPTISTA, L.P.M., PIOLA, S.F. e VIANNA, S.M. - Grupo de Saúde do IPEA

OBS: Esta tabela corresponde a evolução dos recursos do Tesouro. Não estão incluídos os chamados Fundos Sociais.

TABELA II.46  
EVOLUÇÃO DO GASTO FEDERAL  
CONSOLIDADO COM PROGRAMAS SOCIAIS  
(RECURSOS DO TESOUREO + FUNDOS SOCIAIS)  
BRASIL: 1980-1986

Em US\$ Bilhões de 1986

Anos	Fontes de Gasto					
	Total(1)	Tesouro	FPAS	FAS	FINSOCIAL	BNH
1980	22,5	6,2	12,6	0,3	-	3,3
1981	22,9	6,8	12,8	0,3	-	2,9
1982	24,3	6,7	14,2	0,3	0,2	2,9
1983	22,3	5,8	11,9	0,3	0,4	2,2
1984	17,7	5,4	10,7	0,1	0,2	1,2
1985	20,8	7,1	11,2	0,1	0,3	1,5
1986	24,0	9,3	13,5	0,1	0,0	1,1

FONTE: Grupo de Saúde do IPEA, BAPTISTA, L.P.M., PIOLA, S.F. e VIANNA, S.M.

(1) - Inclui recursos de outras fontes de menor importância.

TABELA II.47  
 EVOLUÇÃO DAS RECEITAS DO MPAS E DO FINSOCIAL  
 BRASIL: 1970-1986

US\$ milhões de 1986

Anos	Receitas do SINPAS		Receitas do FINSOCIAL (1)	
	Valor	Cresc.	Valor	Cresc.
1970	3.947,3	-	-	-
1971	4.468,8	13,2	-	-
1972	5.518,4	23,5	-	-
1973	6.857,5	24,3	-	-
1974	7.678,7	12,0	-	-
1975	9.077,7	18,2	-	-
1976	10.323,9	13,7	-	-
1977	11.235,2	8,8	-	-
1978	12.462,0	10,9	-	-
1979	12.721,1	2,1	-	-
1980	12.030,6	-5,4	-	-
1981	12.334,7	2,5	-	-
1982	14.678,9	19,0	-	-
1983	12.023,3	-18,1	1.127,5	-
1984	11.229,8	-6,6	1.117,7	-0,9
1985	12.151,8	8,2	1.305,9	16,8
1986	14.484,4	19,2	1.721,7	31,8

FONTE: MPAS/DATAPREV e IBRE/FGV

(1) - Ao se comparar os dados de receita do FINSOCIAL com os de despesa constantes na tabela II.46, observamos serem aqueles bastante superiores aos gastos. Isto se deve ao fato de que, naquela tabela, os recursos do FINSOCIAL repassados aos Ministérios de forma vinculada, estão contidos nos gastos do Tesouro.

ELABORAÇÃO: André Cezar Medici

TABELA II.48  
EVOLUÇÃO DOS GASTOS SOCIAIS  
FEDERAIS (TESOURO + FUNDOS SOCIAIS) POR PROGRAMA  
BRASIL 1980-1986

Em US\$ milhões de 1986

Anos	Programas Sociais							
	Total		Alim. e Nutr.		Saúde		Saneam. e Meio Ambiente	
	Valor	cresc	Valor	cresc	valor	cresc	valor	cresc
1980	22526	-	140	-	4226	-	780	-
1981	22892	1,6	147	4,7	3970	6,0	985	26,3
1982	24296	6,1	184	25,4	4125	3,9	916	-7,0
1983	22320	-8,1	205	11,3	3284	-20,4	652	-28,9
1984	17715	-20,6	222	8,3	3458	5,3	402	-38,3
1985	20753	17,2	407	83,2	3926	13,5	771	91,8
1986	23995	15,6	602	48,0	4212	7,3	684	-11,3

(continuação)

Em US\$ milhões de 1986

Anos	Programas Sociais							
	Educ. e Cult.		Habit. e Urb.		Trabalho		Assist. e Previdência	
	Valor	cresc	Valor	Cresc	Valor	Cresc	Valor	Cresc
1980	2486	-	2737	-	87	-	12070	-
1981	2583	3,9	2141	-21,8	94	8,4	12971	7,4
1982	2866	10,9	2252	5,2	101	7,5	13850	6,8
1983	4098	43,0	1742	-22,6	96	-4,5	12243	-11,6
1984	2074	-49,4	1026	-41,1	71	-25,6	10462	-14,6
1985	2878	38,8	1021	-0,5	111	56,1	11640	11,3
1986	3870	34,5	900	-11,9	175	57,6	13552	16,4

FONTE : Grupo de Saúde do IPEA; Baptista, L.P.M., Fiola, S.F. e Vianna, S.M.

TABELA II.48-A  
 RELAÇÃO ENTRE OS GASTOS  
 SOCIAIS FEDERAIS E O PRODUTO INTERNO BRUTO  
 BRASIL 1980-1986

Anos	Gastos Sociais/PIB (%)	Gasto Social Per/capita (US\$)
1980	9,21	119,29
1981	10,04	187,71
1982	10,70	194,40
1983	10,20	174,24
1984	7,90	134,96
1985	8,55	154,28
1986	9,13	174,06

FONTE: Grupo de Saúde do IPEA, IBRE/FGV e IBGE

TABELA II.49  
 EVOLUÇÃO DOS GASTOS DOS FUNDOS SOCIAIS  
 BRASIL: 1979-1986

Em US\$ milhões de 1986

Anos	Gastos dos Fundos Sociais							
	FPAS		FAS		FINSOCIAL		BNH	
	Valor	crese	Valor	crese	Valor	crese	valor	crese
1979	12.886	-	280	-	-	-	3.237	-
1980	13.213	2,5	307	9,6	-	-	3.232	-0,1
1981	13.710	3,8	331	7,7	-	-	2.917	-9,5
1982	14.628	6,7	352	6,5	890	-	2.877	-1,1
1983	12.508	-14,5	294	-16,4	1.111	24,8	2.174	-24,1
1984	11.522	-7,9	207	-29,7	797	-28,3	1.238	-43,6
1985	12.035	4,4	132	-36,2	294	-63,1	1.479	19,3
1986	13.540	12,5	195	47,7	59	-80,0	1.070	-27,1

FONTE: Grupo de Saúde do IPEA

TABELA II.50  
EVOLUÇÃO DOS GASTOS SOCIAIS DOS ESTADOS  
BRASIL: 1979-1984  
Em US\$ milhões de 1986

Programas Sociais	Anos de Referência		
	1979	1984	Incremento 79/84 (%)
- Educação	3.215,5	2.543,4	-20,9
- Cultura e Desp.	156,6	115,5	-26,3
- Habit. e Urban.	330,7	237,0	-28,3
- Saúde	974,4	883,3	-9,4
- San. e Meio-Amb.	520,0	323,9	-37,7
- Tr. Ass. e Prev.	2.354,4	3.025,3	28,5
- Transp. Urbanos	24,1	147,5	512,2
TOT DESP. SOCIAIS(1)	7.575,7	7.274,9	-3,4
TOT DESP. GOV. (2)	16.125,7	14.766,5	-8,4
(1)/(2) (%)	47,0	49,3	-

FONTE: MEDICI, A.C., "O Custeio da Política Social no Brasil: Subsídios para uma estratégia de descentralização", RJ, mimeo., junho de 1987.

OBS: Os valores, originalmente dados em dólares correntes de 1984, foram convertidos para dólares constantes de 1986, através da utilização do IPA dos EUA.

TABELA II.51  
ESTIMATIVA DO GASTO  
SOCIAL DESCENTRALIZADO (ESTADOS + MUNICIPIOS)  
Em US\$ milhões de 1986

Anos	Gasto Social descentralizado
1984	23.822,8
1985	25.788,6
1986	27.261,7

FONTE: MEDICI, A.C., "O Custeio da Política Social ao Nível Regional: Subsídios para uma Estratégia de Descentralização", RJ, mimeo., junho de 1987

OBS: Os dados de 1984 foram construídos a partir da soma dos gastos sociais dos Estados com os gastos sociais dos municípios das capitais e regiões metropolitanas. Estimativas do DEASP/IBGE, indicam que os municípios do interior respondem por 53% dos gastos totais das esferas municipais. Utilizou-se esta proporção para se estimar o gasto social dos municípios do interior, os quais foram somados aos outros dois componentes. Para os anos de 1985 e 1986, estimou-se uma elevação do gasto social descentralizado equivalente a variação do PIB.

ECONOMIA BRASILEIRA EM 1987

TABELA II.52  
EVOLUÇÃO DAS TAXAS MENSAS DE INFLAÇÃO  
BRASIL: 1986 E 1987

(em %)

MESES	ANOS DE REFERENCIA					
	1986			1987		
	mensal	no ano	12 meses	mensal	no ano	12 meses
jan.	17,8	17,8	250,4	12,0	12,0	57,0
fev.	15,0	35,4	265,8	14,1	27,8	55,8
mar.	-1,0	42,9	242,5	15,0	47,0	69,8
abr.	-0,6	42,1	217,5	20,1	76,5	105,1
mai.	0,3	42,5	195,6	27,7	125,4	160,5
jun.	0,5	43,3	175,5	25,9	183,8	226,5
jul.	0,6	44,2	154,6	9,3	210,2	254,7
ago.	1,3	46,1	126,3	4,5	224,1	285,8
set.	1,1	47,1	109,6	8,0	250,0	295,2
out.	1,4	49,8	94,8	11,2	289,0	334,5
nov.	2,5	53,4	73,7	14,5	345,4	378,8
dez.	7,6	65,0	65,0	15,9	415,8	415,8

FONTE: IBRE/FGV, Revista Conjuntura Econômica (vários números de 1987 e jornais correntes). O dado é relativo ao Índice Geral de Preços - Disponibilidade Interna.

TABELA II.53  
EVOLUÇÃO DO SALÁRIO MEDIO REAL  
DOS EMPREGADOS COM CARTEIRA ASSINADA  
REGIÃO METROPOLITANA DE SÃO PAULO - 1984/1987

Em Cz de março de 1986

MESES	ANOS DE REFERENCIA			
	1984	1985	1986	1987
JAN	2799	2631	2918	3469
FEV	2706	2626	2885	3343
MAR	2612	2539	3001	3180
ABR	2539	2549	3180	3047
MAI	2797	2816	3293	2969
JUN	2770	2892	3310	2790
JUL	2681	2849	3494	2742
AGO	2727	2840	3567	2841
SET	2624	2844	3617	2968
OUT	2608	2850	3674	2895
NOV	3015	3231	3835	-
DEZ	3396	3644	4496	-

FONTE: IBGE, PESQUISA MENSAL DE EMPREGO

TABELA II.54  
COMPARAÇÃO DA EVOLUÇÃO DO IPC E DO IGP  
BRASIL: 1986-1987

MESES	ANOS DE REFERENCIA							
	1986				1987			
	MENSAL		12 MESES		MENSAL		12 MESES	
	IGP	IPC	IGP	IPC	IGP	IPC	IGP	IPC
JAN	17,8	14,4	250,4	250,2	12,0	16,8	57,0	68,7
FEV	22,4	12,7	289,5	256,2	14,1	13,9	55,8	62,6
MAR	-0,9	-0,1	242,4	238,6	15,0	14,4	69,8	86,2
ABR	-0,6	0,8	217,5	215,4	20,1	21,0	105,1	123,5
MAI	0,3	1,4	195,6	198,4	27,6	23,2	160,8	171,6
JUN	0,5	1,3	175,5	178,5	25,9	26,1	228,5	238,0
JUL	0,6	1,2	154,6	155,4	9,3	3,1	254,8	244,3
AGO	1,3	1,7	126,3	132,3	4,5	6,4	265,9	260,1
SET	1,1	1,7	109,6	112,3	8,0	5,7	290,9	274,1
OUT	1,4	1,9	94,9	95,5	11,2	9,2	328,5	300,9
NOV	2,5	3,3	73,7	77,3	14,5	12,8	378,8	337,9
DEZ	7,6	7,3	65,0	65,2	15,9	14,1	415,8	365,9

FONTE: IBGE e FGV

OBS: Até março de 1986 o IPC era igual ao INPC.

TABELA II.55  
INDICE DE EVOLUÇÃO  
DA MASSA DE RENDIMENTOS DOS OCUPADOS  
NA REGIÃO METROPOLITANA DE SÃO PAULO - JAN/1985 - SET/1987  
(BASE DEZ/1984 = 100)

	1985	1986	1987
JAN.	81,0	98,0	141,7
FEV.	80,9	96,7	131,5
MAR.	81,8	108,6	124,6
ABR.	80,3	111,3	112,7
MAI.	86,7	119,5	111,0
JUN.	89,4	122,7	104,8
JUL.	88,6	128,7	101,8
AGO.	88,0	133,4	105,5
SET.	91,1	136,2	111,2
OUT.	91,2	141,8	109,6
NOV.	105,8	150,2	
DEZ.	116,1	175,6	

FONTE: IBGE, Pesquisa Mensal de Emprego. Dados obtidos a partir da projeção independente do número de ocupados na Região Metropolitana de São Paulo multiplicados pela renda média desses ocupados.

TABELA II.56  
 INDICE DE EVOLUCAO DA MASSA  
 DE RENDIMENTOS NA REGIAO METROPOLITANA DE SAO PAULO  
 1984-1987

dez. 1984=100

	1985	1986	1987
jan.	100,2	114,2	134,8
fev.	98,2	112,6	125,9
mar.	95,6	112,3	119,1
abr.	99,3	116,1	112,0
mai.	103,9	111,1	105,2
jun.	106,8	126,2	96,7
jul.	110,3	130,7	90,5
ago.	112,3	132,3	88,5
set.	112,6	136,5	-
out.	113,8	138,7	-
nov.	112,9	141,4	-
dez	115,4	142,1	-

FONTE: SEADE/DIEESE/UNICAMP Pesquisa de Emprego e Desemprego da RMSF

TABELA II.57  
 TAXAS DE VARIACAO DO SALARIO  
 MEDIO REAL (\*) E DA MASSA SALARIAL NA INDUSTRIA PAULISTA

(Em %)

PERIODO DE REFERENCIA	TAXAS DE VARIACAO	
	SALARIO MEDIO	MASSA SALARIAL
JAN87/JAN86	-0,3	7,7
FEV87/FEV86	-7,2	-0,1
MAR87/MAR86	-10,3	-4,3
ABR87/ABR86	-14,3	-8,7
MAI87/MAI86	-15,8	-11,3
JUN87/JUN86	-11,4	-8,6
JUL87/JUL86	-16,2	-15,6
AGO87/AGO86	-18,1	-18,7
AGO87/JUN87	-11,8	-7,8
AGO87/MAR86	-16,8	-14,2

FONTE: FIESP in IEI/UFRJ, Boletim de Conjuntura de novembro de 1987

TABELA II.58  
 EVOLUÇÃO DO ÍNDICE DE VARIAÇÃO  
 DA MASSA SALARIAL DOS EMPREGADOS COM CARTEIRA ASSINADA  
 REGIÃO METROPOLITANA DE SÃO PAULO 1985-1987  
 (BASE: DEZ DE 1984 = 100)

	1985	1986	1987
JAN	77,2	94,4	120,4
FEV	79,3	93,8	115,4
MAR	78,0	98,6	109,1
ABR	77,7	103,6	103,4
MAI	84,7	108,9	102,7
JUN	87,2	109,2	94,9
JUL	85,4	116,6	93,1
AGO	85,4	119,3	98,9
SET	87,7	122,5	99,8
OUT	89,1	125,8	99,5
NOV	102,5	132,8	
DEZ	116,9	155,6	

FONTE: IBGE, Pesquisa Mensal de Emprego

TABELA II.59  
 ÍNDICE DE PESSOAL OCUPADO NA INDÚSTRIA  
 SÃO PAULO: 1985-1987  
 (BASE 1978=100)

MESES	ANOS DE REFERENCIA		
	1985	1986	1987
JAN	91,4	99,7	107,7
FEV	92,3	101,0	108,7
MAR	93,1	101,8	108,6
ABR	93,5	102,2	108,5
MAI	93,7	102,7	108,2
JUN	93,9	103,8	106,9
JUL	94,6	104,9	105,6
AGO	95,4	105,8	-
SET	96,4	106,9	-
OUT	97,4	107,4	-
NOV	98,0	107,7	-
DEZ	98,4	107,2	-
MEDIA	94,8	104,3	-

FONTE: FIESP

TABELA II.60  
EVOLUÇÃO DA TAXA MÉDIA (\*)  
DE DESEMPREGO NO SETOR DE CONSTRUÇÃO CIVIL  
BRASIL: 1987

(Em %)

MESES	TAXA DE DESEMPREGO ABERTO
JAN	3,25
FEV	3,02
MAR	3,23
ABR	3,23
MAI	4,29
JUN	5,87
JUL	5,18
AGO	4,75
SET	4,24

FONTE: IBGE, PESQUISA MENSAL DE EMPREGO  
(\*) Média das 6 Regiões Metropolitanas Pesquisadas.

TABELA II.61  
TAXA DE DESEMPREGO ABERTO  
NA REGIÃO METROPOLITANA DE SÃO PAULO  
1982-1987

MESES	Anos de Referência					
	1982	1983	1984	1985	1986	1987
jan	-	6,5	7,9	6,0	4,1	3,3
fev	-	6,5	8,1	6,0	4,4	3,1
mar	-	7,0	7,5	6,2	4,2	3,1
abr	-	7,3	7,5	6,0	4,1	3,5
mai	-	7,2	8,0	5,7	3,7	3,8
jun	5,2	7,0	7,2	5,6	3,4	3,4
jul	5,4	7,0	6,8	5,2	3,1	4,6
ago	5,7	6,9	6,9	4,8	3,2	4,6
set	5,6	7,2	6,4	4,5	2,9	4,0
out	4,9	6,7	5,9	4,1	2,9	4,0
nov	4,5	6,4	5,3	3,6	2,4	3,6
dez	3,6	5,5	4,1	2,7	1,8	-

FONTE: IBGE, Pesquisa Mensal de Emprego

TABELA II.62  
 EMPRESTIMOS E FINANCIAMENTOS  
 LIQUIDOS DE ORGANISMOS INTERNACIONAIS  
 (Em US\$ milhões)

AGENTES FINANCEIROS INTERNACIONAIS	ANOS DE REFERENCIA			
	1984	1985	1986	1987 (*)
BID	124	277	163	16
BIRD	937	331	1.150	34
CFI	15	-30	-11	-47
FMI	1.796	-63	-247	-1.070
<b>TOTAL</b>	<b>2.872</b>	<b>515</b>	<b>1.055</b>	<b>-1.067</b>

FONTE: IEI/UFRRJ, "Boletim de Conjuntura", v.7, No.4, nov.1987, p.12

TABELA II.63  
 COMPARAÇÃO ENTRE A VARIACÃO MENSAL DO IPC  
 E A RENTABILIDADE DAS APLICAÇÕES EM CDB E NO "OVERNIGHT"  
 BRASIL: 1987

(Em %)

MESES	TAXA DE VARIACÃO MENSAL		
	IPC	CDB	OVERNIGHT
JAN	16,8	18,0	15,5
FEV	13,9	22,0	19,6
MAR	14,4	16,6	14,5
ABR	21,0	23,4	21,0
MAI	23,2	25,9	23,4
JUN	26,9	20,4	18,0
JUL	3,1	9,2	8,9
AGO	6,4	8,7	8,1
SET	5,7	11,5	8,0
OUT	9,2	-	9,5
NOV	12,8	-	12,9
DEZ	14,1	-	14,4
<b>TOTAL</b>	<b>365,9</b>	<b>-</b>	<b>401,1</b>

FONTE: IBRE/FGV e Revista SUMA Económica, jan. de 1988.

TABELA II.64  
EVOLUÇÃO DAS RECEITAS,  
DESPESAS E DO RESULTADO DE CAIXA DO GOVERNO FEDERAL  
BRASIL: 1987

(Valores Acumulados em Cz milhões correntes)

MESES	RECEITA	DESPESA	RESULTADO DE CAIXA
JAN	38.239	37.792	447
FEV	75.099	73.393	1.706
MAR	115.849	101.220	14.629
ABR	196.171	180.652	15.519
MAI	267.722	258.069	9.653
JUN	365.567	379.966	-14.399
JUL	457.189	493.741	-36.552
AGO	562.835	589.441	-26.606
SET	671.101	722.842	-51.741

FONTE: IBRE/FGV, Revista Conjuntura Econômica V.41, No. 11, nov-1987, Ed. FGV, RJ.

CAPITULO III  
(ANEXO ESTADISTICO)

TABELA III.1

ESTRUTURA DA RECEITA TRIBUTARIA DA UNIAO  
BRASIL 1973-1983

(Em %)

RECEITA TRIBUTARIA	ANOS DE REFERENCIA						
	1973	1977	1979	1980	1981	1982	1983
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
IMPOSTOS	94,6	91,5	91,7	91,1	92,8	95,8	95,9
s/a import.	7,8	7,6	7,4	8,7	7,2	6,4	6,1
s/a export.	-	-	-	2,0	0,6	0,2	2,4
IRPF/IRPJ	26,3	31,6	35,1	32,0	34,9	37,6	44,9
IPI	40,7	30,9	28,4	27,1	27,2	27,4	24,4
IOF	4,1	3,9	4,9	11,7	14,5	15,4	10,1
s/trsp. rod.	0,3	0,9	0,9	1,0	1,0	1,1	1,0
IUCL	11,4	13,2	10,9	4,7	3,1	3,0	2,5
IUEE	3,2	2,5	2,9	2,7	3,1	3,6	3,5
IUM	0,7	0,9	1,0	1,0	0,9	1,0	1,0
Outros imp.	0,1	0,0	0,2	0,2	0,3	0,1	0,0
TAXAS	5,4	8,5	8,3	9,9	7,2	4,2	4,1
TRU	3,5	3,3	3,2	4,1	3,3	3,3	3,1
Outras	1,9	5,2	5,1	5,4	3,9	0,9	1,0

FONTE: AFONSO, J.R.R., "Fontes de Financiamento dos Governos Estaduais e Municipais no Brasil", RJ, ago. de 1985, mimeo.

TABELA III.2  
PARTICIPAÇÃO DAS OUTRAS RECEITAS  
NA RECEITA TOTAL DA UNIAO - BRASIL: 1963 - 1983

Em %

Anos	Participação	Anos	Participação
1963	11,25	1974	7,42
1964	14,57	1975	8,25
1965	15,92	1976	9,73
1966	20,70	1977	11,05
1967	31,93	1978	13,44
1968	15,56	1979	11,05
1969	26,83	1980	18,49
1970	37,86	1981	17,95
1971	7,76	1982	21,95
1972	9,11	1983	31,29
1973	7,60		

FONTE: AFONSO, J.R.R., op.cit.

OBS. As outras receitas são constituídas basicamente do salário educação, FINSOCIAL (a partir de 1982), de operações de crédito e de receitas diversas.

TABELA III.3  
COMPOSIÇÃO DAS RECEITAS DO SINPAS  
BRASIL: 1970-1986

Em %

ANOS	ITENS DE RECEITA			
	TOTAL	CONTRIB. COMPULSORIAS	CONTRIB. DO GOV. FEDERAL	OUTRAS RECEITAS
1970	100,00	84,60	10,02	5,38
1971	100,00	83,44	10,98	5,58
1972	100,00	85,42	9,80	4,78
1973	100,00	87,05	8,49	4,46
1974	100,00	88,81	6,95	4,24
1975	100,00	88,21	6,24	5,55
1976	100,00	88,04	6,21	5,75
1977	100,00	89,68	7,09	3,23
1978	100,00	87,97	5,96	6,07
1979	100,00	92,10	4,94	2,96
1980	100,00	91,62	5,21	3,17
1981	100,00	87,61	9,53	2,86
1982	100,00	93,06	4,57	2,37
1983	100,00	93,84	1,18	4,98
1984	100,00	87,70	1,75	10,55
1985	100,00	90,80	6,75	2,45
1986	100,00	91,86	3,99	4,25

FONTE: Grupo de Custeio do MPAS e Balanços do FPAS.

TABELA III.4  
EVOLUÇÃO DAS DESPESAS DO INANPS  
BRASIL: 1970-1986

Em US\$ milhões de 1986

ANOS	DESPESAS DO INANPS	PARTICIPACAO NA DESPESA DO SINPAS (%)
1970	1.091,0	28,98
1971	1.112,3	27,91
1972	1.288,4	26,37
1973	1.574,7	26,84
1974	1.756,6	27,89
1975	2.363,0	29,21
1976	3.116,6	31,59
1977	3.210,7	30,56
1978	3.486,0	29,81
1979	3.277,9	27,58
1980	3.329,9	27,35
1981	3.076,6	24,34
1982	3.141,6	23,27
1983	2.526,7	21,91
1984	2.690,7	25,34
1985	2.967,0	26,74
1986	3.152,1	25,21

FONTE: DATAPREV/SINTESE - Sistema Integrado de Séries Históricas.

TABELA III.5  
RECEITA TRIBUTARIA E FUNDOS SOCIAIS  
ARRECAÇÃO TOTAL

Em US\$ milhões de 1986

ANOS	RECITA TRIBUT. DO GOV. FED.		FUNDOS SOCIAIS		
	VALOR (a)	CRESC.(%)	VALOR (b)	CRESC(%)	(b)
1980	19.393,4	6,8	18.887,9	-	
1981	17.880,3	-8,3	18.392,2	-3,0	
1982	18.392,2	3,4	21.940,1	19,8	
1983	16.368,3	-11,0	18.558,7	-15,4	
1984	15.774,6	-3,6	16.697,1	-10,0	
1985	19.207,4	21,8	19.184,4	14,9	

FONTE: REZENDE DA SILVA, Fernando e AZEREDO SILVA, Beatriz, "Contribuições Sociais", op.cit., IPEA, textos para discussão no.107, março de 1987.

TABELA III.5-A

ESTRUTURA DAS RECEITAS DOS FUNDOS SOCIAIS  
BRASIL 1985

Em US\$ milhões de 1986

FUNDOS SOCIAIS	DISTRIBUIÇÃO DOS RECURSOS	
	VALOR	PERCENTUAL
FPAS	12.151,8	63,3
FGTS	2.130,6	11,1
PIS/PASEP	1.785,4	9,3
FINSOCIAL	1.305,9	6,8
COTA DA PREVID.	536,7	2,8
SALARIO-EDUC.	535,1	2,8
PIN	260,5	1,4
PROTERRA	173,8	0,9
FAS	282,7	1,5
CONTRIB. SINDICAL	21,8	0,1
TOTAL	19.184,4	100,0

FONTE: REZENDE, F. e AZEREDO SILVA, B. "Contribuições Sociais", IPEA, Textos para Discussão Interna 107, março de 1987.

TABELA III.6  
RECURSOS APROVADOS PELO FAS  
ENTRE 1974 E 1977

Em US\$ milhões de 1986

SETOR SOCIAL	TOTAL		SETOR PUBLICO		SETOR PRIVADO	
	VALOR	%	VALOR	%	VALOR	%
EDUCAÇÃO	974,9	70,2	858,1	88,6	116,8	27,8
SAUDE	343,7	24,7	69,9	7,2	273,8	65,2
TRABALHO	41,1	3,0	12,0	1,2	29,1	7,0
INTERIOR	28,8	2,1	28,8	3,0	-	-
TOTAL	1.388,5	100,0	968,8	100,0	419,7	100,0

FONTE: CEF/FAS in BRAGA, S. e GOES DE PAULA, 1981

TABELA III.7  
EVOLUÇÃO DAS RECEITAS DO FAS  
E DE SUA ESTRUTURA DE FONTES E USOS  
BRASIL: 1980-1986

Em US\$ milhões de 1986

ESTRUTURA DOS RECURSOS DO FAS	ANOS DE REFERENCIA						
	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986
FONTES (100%)	493,0	436,6	344,8	324,2	274,7	282,7	317,0
Saldo Anter.	5,7%	4,2%	3,3%	0,9%	10,9%	9,1%	15,3%
Rec./Loterias	34,6%	39,4%	52,6%	68,4%	71,2%	80,3%	73,9%
Outros Rec.	59,7%	56,4%	44,1%	30,7%	17,9%	10,6%	10,8%
USOS (100%)	493,0	436,6	344,8	324,2	274,7	282,7	317,0
Fundo Perdido	21,5%	21,8%	23,6%	16,1%	11,2%	10,4%	7,0%
Financiamento	33,9%	32,5%	45,5%	33,3%	32,3%	44,2%	84,0%
Outros	44,6%	45,7%	30,9%	50,6%	56,5%	45,4%	7,0%

FONTES: Caixa Econômica Federal.

TABELA III.8  
EVOLUÇÃO DA ESTRUTURA DE DESPESAS DO INANPS  
BRASIL 1981-1986

EM %

PRESTADORES	ANOS DE REFERENCIA					
	1981	1982	1983	1984	1985	1986
1-SERV. PROP.	18,5	18,7	20,0	19,0	25,0	27,4
2-SETOR PUBLICO	7,4	8,4	7,8	7,5	13,3	14,9
Org. Govern.	5,1	5,4	4,6	4,8	8,4	10,6
Hosp. Univ.	2,3	3,0	3,3	2,7	4,9	4,3
3-SETOR PRIVADO	64,5	64,2	60,0	62,7	46,8	43,7
Serv. Contrat.	55,5	55,8	53,5	58,5	42,7	41,0
Filantropicas	3,4	3,7	3,2	2,1	2,3	1,5
Sindicatos	2,6	1,8	1,5	1,1	1,1	0,9
Empresas	3,0	2,9	1,8	0,8	0,7	0,3
4-OUTRAS DESP.	* 9,6	* 8,7	* 12,2	* 10,8	* 14,9	* 14,0
TOTAL (1+2+3+4)	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

FONTE: INAMPS/Secretaria de Planejamento

\* - As outras despesas são compostas por gastos com administração, medicamentos não distribuídos nessas unidades e outros programas de menor importância no volume de gastos.

TABELA III.9  
VALOR DOS ABATIMENTOS COM SAUDE  
DO IMPOSTO DE RENDA DA PESSOA FISICA  
BRASIL: 1979-1984

Em US\$ milhões de 1986

ANOS	ABATIMENTOS COM SAUDE	% SOBRE O GASTO FEDERAL COM SAUDE	% SOBRE O GASTO DO INAMPS
1979	1.125,4	29,0	35,1
1980	932,9	24,2	28,6
1981	757,0	18,0	25,1
1982	835,5	18,2	27,2
1983	733,8	22,7	28,6
1984	617,2	18,1	22,6

FONTE: MINISTERIO DA FAZENDA/ Centro de Informações Econômico-Fiscais

TABELA III.10  
PARTICIPACAO DO MINISTERIO DA SAUDE  
NA DESPESA GERAL DA UNIAO - BRASIL: 1970-1986

Em %

ANOS	PARTICIPACAO	ANOS	PARTICIPACAO
1970	1,11	1979	1,82
1971	1,41	1980	1,38
1972	1,19	1981	1,39
1973	1,03	1982	1,56
1974	0,94	1983	1,11
1975	1,13	1984	1,48
1976	1,58	1985	2,60
1977	1,80	1986	2,25
1978	1,81	1987	

FONTE: Balançosa Gerais da União (até 1982) e Orçamento da União (até 1986)

TABELA III.11  
COMPOSIÇÃO DO  
ORÇAMENTO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE  
BRASIL 1986

FONTES	PARTICIPAÇÃO PERCENTUAL
TESOURO	24,8
FINSOCIAL	42,4
TRANSFER. (*)	20,9
OUTROS (*)	11,9
<b>TOTAL</b>	<b>100,0</b>

FONTE: SECRETARIA GERAL/MS

(\*) - INCLUI TRANSFERÊNCIAS DO INAMPS AO MS.

TABELA III.11-A  
PARTICIPAÇÃO DO FINSOCIAL  
NO GASTO DE SAÚDE DO TESOURO FEDERAL

Em %

ANOS	PARTICIPAÇÃO
1982	56,45
1983	27,56
1984	51,74
1985	20,13
1986	31,14

FONTE: IPEA/IPLAN,

TABELA III.12  
 PARTICIPAÇÃO DAS TRANSFERÊNCIAS  
 FEDERAIS NA RECEITA TOTAL DOS ESTADOS  
 BRASIL 1963

Em %

---

ESTADOS | PARTICIPAÇÃO DAS TRANSFERÊNCIAS NA RECEITA TOTAL

---

Acre	87,78
Amazonas	36,38
Para	43,58
Rondonia	72,83
Maranhao	64,63
Piaui	77,41
Ceara	43,77
R. G. Nort	50,06
Paraiba	46,64
Pernamb.	38,48
Alagoas	31,90
Sergipe	50,66
Bahia	28,04
Mato Gr.	62,06
M. Gr. Sul	17,87
Goiás	18,99
Dist. Fed	52,07
M. Gerais	19,52
E. Santo	32,50
R. Janeir	21,25
S. Paulo	7,51
Parana	14,30
S. Catar.	19,74
R. G. Sul	10,44

---

FONTE: AFONSO, J.R.R., op.cit.

TABELA III.13  
DISTRIBUIÇÃO DOS RECURSOS  
DO FINSOCIAL POR PROGRAMA SOCIAL  
BRASIL: 1982-1986

Em US\$ milhões de 1986

PROGRAMAS SOCIAIS	ANOS DE REFERENCIA				
	1982	1983	1984	1985	1986
ALIMENTAÇÃO	124,0	351,7	293,0	457,9	634,6
SAÚDE	401,6	172,3	298,9	167,0	297,1
EDUCAÇÃO	238,5	81,5	71,0	188,8	53,6
HABITACAO	94,3	91,9	106,2	213,0	183,0
APOIO AO PEQ. AGR.	68,4	414,0	380,8	162,2	319,3
PROGR. INTEGRADA	-	-	5,9	18,8	122,1
ADMIN. DE RECEITAS	-	-	-	2,4	2,8
TOTAL	2.036,8	1.111,4	1.155,8	1.210,7	1.612,5

FONTE: IPEA/IPLAN

TABELA III.14  
EVOLUÇÃO DOS SUPERAVITS/DEFICITS DO SINPAS  
BRASIL: 1972-1985

Em US\$ milhões de 1986

ANOS	DEFICIT OU SUPERAVIT
1972	350,3
1973	646,7
1974	660,0
1975	515,4
1976	-144,1
1977	-93,7
1978	58,8
1979	-75,6
1980	-905,8
1981	-1.096,0
1982	1.227,4
1983	-215,5
1984	-35,9
1985	453,5

FONTE: Grupo de Custeio do MPAS e Balanços do FPAS.

TABELA III.15  
EVOLUÇÃO DA FORÇA DE TRABALHO EM SAÚDE NO BRASIL  
1970-1980

TIPO DE CAPACIT.	FORÇA DE TRABALHO EM SAÚDE	
	1970	1980
COM CAPAC. ESPEC.	306.730	614.686
SEM CAPC. ESPEC.	315.274	618.322
TOTAL	622.004	1.233.008

FONTE: ENSP/FIOCRUZ, Núcleo de Recursos Humanos em Saúde

TABELA III.16  
PROFISSIONAIS EM SAÚDE  
POR CATEGORIA PROFISSIONAL  
BRASIL 1970-1980

CATEGORIAS PROFISSIONAIS	ANOS DE REFERENCIA			
	1970		1980	
	ABSOLUTO	%	ABSOLUTO	%
NIVEL SUPERIOR	84.824	27,65	174.853	29,42
MEDICOS	45.113	14,71	101.793	17,13
ODONTOLOGOS	30.376	9,90	55.116	9,27
FARMACEUTICOS	4.361	1,42	5.860	0,99
ENFERMEIROS	4.974	1,62	12.084	2,03
NIVEL MEDIO E ELEMENTAR	221.906	72,35	419.853	70,58
PARTEIRAS	4.190	1,37	3.446	0,58
PESSOAL DE ENFERMAGEM	134.099	43,72	300.388	50,54
FISOTERAP. E MASSAGIST.	3.478	1,13	13.991	2,35
OPERADORES DE RAI0-X	8.003	2,61	6.738	1,13
PROTETICOS	3.993	1,30	13.031	2,19
PRATICOS DE FARM.	8.856	2,89	12.724	2,14
LABORATORISTAS	42.390	13,82	48.979	8,24
GUARDAS SANITARIOS	16.897	5,51	20.556	3,41
TOTAL	306.730	100,00	594.706	100,00

FONTE: ENSP/FIOCRUZ, Núcleo de Recursos Humanos em Saúde

TABELA III.17  
EVOLUÇÃO DO EMPREGO EM SAÚDE  
POR TIPO DE SETOR PRESTADOR  
BRASIL 1978-1984

ANOS	SETOR PRESTADOR					
	TOTAL		PÚBLICO		PRIVADO	
	ABSOLUTO	%	ABSOLUTO	%	ABSOLUTO	%
1978	418.367	100,0	195.688	46,8	222.679	53,2
1979	444.763	100,0	202.654	45,6	242.109	54,4
1980	482.105	100,0	227.039	47,1	255.066	52,9
1981	515.755	100,0	251.123	48,7	264.632	51,3
1982	558.856	100,0	286.824	51,3	272.032	48,7
1983	580.135	100,0	306.876	52,9	273.259	47,1
1984	618.050	100,0	335.172	54,2	282.878	45,8

FONTE: IBGE: Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária (AMS).

TABELA III.18  
TAXAS DE CRESCIMENTO ANUAL DO EMPREGO EM SAÚDE  
BRASIL 1978-1984

Em %

PERÍODOS	SETORES PRESTADORES		
	TOTAL	PÚBLICO	PRIVADO
1978/79	6,31	3,56	8,73
1979/80	8,40	12,03	5,35
1980/81	8,73	10,61	3,75
1981/82	8,36	14,08	2,80
1982/83	3,81	6,99	0,45
1983/84	6,54	9,22	3,52
1978/80	7,34	7,71	7,02
1980/84	6,46	10,23	2,62

FONTE: IBGE, Pesquisa de Assistência Médica Sanitária (AMS)

OBS: Estes dados correspondem ao emprego em saúde de todos os estabelecimentos de saúde no Brasil nos respectivos anos. Estão excluídos os empregos de natureza administrativa e operacional, como limpeza, escritório, almoxarifado, etc.

TABELA III.19  
EVOLUÇÃO DO GASTO  
FEDERAL CONSOLIDADO EM SAÚDE POR FONTES  
BRASIL 1980-1986

Em US\$ milhões de 1986

ANOS	GASTO EM SAÚDE POR FONTES						
	TOTAL	TESOURO			FPAS	FAS	OUTROS
		TOTAL	ORD.VINC	FINSOCIAL			
1980	4.245,2	548,4	548,4	-	3.614,2	67,1	1,3
1981	4.018,6	572,2	572,2	-	3.337,5	87,0	2,3
1982	4.165,3	647,2	647,2	-	3.406,9	80,4	3,0
1983	3.411,4	625,1	559,6	87,6	2.740,1	40,8	3,9
1984	3.561,6	577,8	504,1	73,7	2.919,3	62,0	4,5
1985	4.071,1	829,9	729,8	100,1	3.217,8	23,4	7,9
1986	4.391,2	955,0	843,3	11,7	3.413,1	23,1	10,8

FONTE: IPEA/IPLAN/CSP

OBS: Os gastos do Tesouro ordinários vinculados incluem recursos do FINSOCIAL alocados no orçamento do Ministério da Saúde. Já os gastos sob a rubrica FINSOCIAL referem-se apenas aos recursos alocados aos Ministérios para a função saúde através do BNDES. Os gastos em saúde do FPAS não correspondem somente aos gastos do INAMPS, mas também aos gastos de saúde de outros órgãos da Previdência e repasses da Previdência para gastos em saúde em outras esferas.

TABELA III.19-A  
DISTRIBUIÇÃO DO GASTO FEDERAL  
CONSOLIDADO EM SAÚDE POR FONTES  
BRASIL: 1980-1986

Em %

ANOS	FONTES DE RECURSOS						
	TOTAL	TESOURO			FPAS	FAS	OUTROS
		TOTAL	OR.VIN	FINSOC.			
1980	100,0	12,9	12,9	-	85,1	1,6	0,4
1981	100,0	14,2	14,2	-	83,0	2,2	0,6
1982	100,0	15,5	15,5	-	81,8	1,9	0,8
1983	100,0	18,3	16,4	1,9	80,3	1,2	0,2
1984	100,0	16,2	14,2	2,0	82,0	1,7	0,1
1985	100,0	20,4	17,9	2,5	79,0	0,6	-
1986	100,0	21,8	21,5	0,3	77,7	0,5	-

FONTE: Tabela III.19

TABELA III.19-B  
TAXAS DE CRESCIMENTO  
DO GASTO FEDERAL EM SAUDE POR FONTE  
BRASIL 1980-1986

Em %

PERIODOS	FONTES DE RECURSOS						
	TOTAL	TESOURO			FPAS	FAS	OUTROS
		TOTAL	OR. VIN	FINSOC.			
1980/81	-5,3	4,3	4,3	-	-7,7	29,7	41,3
1981/82	3,7	13,1	13,1	-	2,1	-7,6	40,6
1982/83	-18,1	-3,4	-3,4	-	-19,6	-49,2	-82,5
1983/84	4,4	-7,6	-9,9	-15,9	6,5	52,0	-53,7
1984/85	14,3	43,6	44,8	35,8	10,2	-62,3	-
1985/86	7,9	15,1	29,2	-88,3	6,1	-1,3	-
1980/84 (aa)	-4,3	1,3	-2,1	-	-5,2	-1,9	-36,6
1984/86 (aa)	11,0	28,6	36,8	-60,1	8,1	-39,0	-

FONTE: tabela III.19

TABELA III.20  
RELACOES ENTRE O GASTO FEDERAL  
COM SAUDE, O PIB E A POPULACAO  
BRASIL: 1980-1986

Em US\$ de 1986

ANOS	GASTO FEDERAL EM SAUDE SOBRE O PIB (%)	GASTO FEDERAL EM SAUDE PER-CAPITA ANUAL (US\$)
1980	1,74	35,64
1981	1,76	32,95
1982	1,84	33,33
1983	1,56	28,63
1984	1,59	27,13
1985	1,68	30,27
1986	1,67	31,85

FONTE: TABELAS II.1 E II.3 DO CAP. II

TABELA III.21  
EVOLUÇÃO DOS GASTOS FEDERAIS  
(TESOURO) COM SAÚDE POR SUBPROGRAMAS  
BRASIL: 1978-1986

Em US\$ milhões de 1986

SUBPROGRAMAS	ANOS				
	1978	1979	1980	1981	1982
TOTAL	689,4	648,4	548,4	572,2	647,0
ASSIST. MEDICO SANITARIA	229,3	202,6	225,8	245,0	301,0
CONTR. E ERRADIC. DE DOENÇAS TRANSMISS.	143,3	139,2	102,0	69,4	90,0
FISCAL. E INSP. SANIT.	4,1	4,1	3,4	3,8	3,0
PROD. PROFIL. E TERAP.	17,4	13,9	77,9	20,1	19,0
SAÚDE MATERNO-INFANTIL	-	-	-	-	-
OUTROS GASTOS	295,3	288,6	139,3	233,9	232,0

FONTE: IPEA/IPLAN/CSP

(CONTINUA)

ANOS			
1983	1984	1985	1986
559,6	504,1	729,8	943,3
274,0	248,2	301,6	369,4
69,4	73,9	138,5	219,7
2,4	1,7	4,6	7,4
14,9	7,5	2,3	37,6
-	-	30,4	33,4
198,9	172,8	252,1	275,8

TABELA III.21-A  
 EVOLUÇÃO DA ESTRUTURA DOS GASTOS  
 FEDERAIS (TESOURO) COM SAÚDE POR SUBPROGRAMAS  
 BRASIL: 1978-1986

SUBPROGRAMAS	Em %				
	ANOS				
	1978	1980	1982	1984	1986
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
ASSIST. MED. SANIT.	33,3	41,2	46,5	49,2	39,2
CONT. E ERR. DE D. TRANSM.	20,8	18,6	13,9	14,6	23,3
FISC. E INSP. SANIT.	0,6	0,6	0,5	0,3	0,8
PROD. PROF. E TERAP.	2,5	14,2	3,1	1,5	4,0
S. MAT. INFANTIL	-	-	-	-	3,5
OUTROS GASTOS	42,8	25,4	36,0	34,4	29,2

FONTE: TABELA III.21

TABELA III.21-B  
 TAXAS DE CRESCIMENTO ANUAL DO  
 GASTO FEDERAL (TESOURO) COM SAUDE POR SUBPROGRAMAS  
 BRASIL: 1978-1986

Em %

SUBPROGRAMAS	PERIODOS			
	1986/1978	1980/1978	1984/1980	1986/1984
TOTAL	4,0	-10,8	0,5	36,8
ASS. MED. SAN.	6,1	-0,8	2,4	22,0
C. E ER. DE D. TRANSMISS.	5,5	-15,6	-7,7	72,4
FISC. E INSP. SANIT.	7,7	-8,9	-15,9	108,6
PR. PROF. E TERAP.	10,1	111,6	-44,3	123,9
S. MAT. INFANT.	-	-	-	-
OUTROS GASTOS	-0,9	-31,3	5,5	26,3

FONTE: TABELA III.21

TABELA III.22  
 INAMPS: EVOLUÇÃO DAS DESPESAS  
 REALIZADAS SEGUNDO O PROGRAMA DE TRABALHO  
 BRASIL: 1981-1986

Em US\$ milhões de 1986

PROGRAMAS	ANOS			
	1981	1982	1983	1984
TOTAL GERAL	3.337,5	3.406,9	2.740,1	2.919,3
ADMINISTR.	181,7	177,3	134,8	119,0
ASSIST. MEDICA SANITARIA	3.107,6	3.108,3	2.476,9	2.691,3
Controle e Expans. de unid de Assist. Medica				
Controle e Expans. de Unid. Ambulatoriais	-	-	-	-
Assist. Medica - Serv.Prop.	692,1	632,1	548,2	555,9
Assist. Medica - Serv.Cont.	1.853,6	1.900,8	1.486,5	1.701,9
Custeio da Assist. Medica de Outros Org. Governam.	157,5	185,2	125,0	140,4
Hospitais Universitarios	74,8	100,8	89,9	79,0
Rede de dist. de medicam.	77,0	72,9	52,0	51,4
Assist. Medica - Filantrop.	112,6	124,3	87,1	61,3
Assist. Medica - Sindicatos	85,8	60,9	42,2	31,2
Assist. Medica - Empresas	116,0	100,1	48,9	28,3
Reor. e Rac. da Ass. Medica	-	-	17,0	41,3
Particip. de Org. Internac. Projetos	11,5	-	-	-
OUTROS PROGRAMAS	48,2	121,3	128,4	108,1

FONTE: IPEA/IPLAN/CSP

(CONTINUA)

ANOS	
1985	1986
3.217,9	3.410,9
163,5	199,7
2.906,6	3.029,4
-	1,1
-	7,6
823,8	933,6
1.373,3	1.401,1
270,9	360,5
158,1	148,0
69,3	42,4
75,4	50,1
34,2	30,1
24,5	11,7
79,0	43,0
-	0,1
-	-
147,8	181,8

TABELA III.22-A  
DISTRIBUIÇÃO DO GASTO DO INAMPS  
BRASIL: 1982-1986

Em %

PROGRAMAS	ANOS		
	1982	1984	1986
TOTAL GERAL	100,00	100,00	100,00
ADMINISTR	5,20	5,08	5,85
ASS. MED. SAN.	91,24	92,20	88,76
OUTROS PROG.	3,56	2,72	5,39

FONTE: TABELA III.22

TABELA III.23  
EVOLUÇÃO DOS GASTOS  
DO FINSOCIAL(\*) COM PROGRAMAS DE SAÚDE  
BRASIL: 1982-1986

Em US\$ milhões

ANOS	VALOR	% SOBRE OS RECURSOS DO FINSOCIAL
1982	365,4	41,03
1983	172,2	15,50
1984	267,8	33,60
1985	70,8	24,10
1986	-	-

FONTE: IPEA/IPLAN/CSP

(\*) - São considerados apenas os programas de aplicação direta de recursos pelo BNDES. Não estão incluídos os recursos repassados diretamente aos orçamentos dos Ministérios da Área social.

OBS: Em 1986 não foi registrado nenhum repasse direto de recursos ao setor.

TABELA III.24  
 RECURSOS DO FAS  
 REPASSADOS PARA O SETOR SAÚDE  
 BRASIL: 1979-1986

Em US\$ milhões de 1986

ANOS	RECURSOS					
	TOTAL		FINANCIAMENTO		FUNDO PERDIDO	
	VALOR	%	VALOR	%	VALOR	%
1979	71,2	100,0	61,4	86,2	9,8	13,8
1980	67,1	100,0	60,1	89,6	7,0	10,4
1981	87,0	100,0	72,7	83,6	14,3	16,4
1982	80,4	100,0	65,1	81,0	15,3	19,0
1983	40,8	100,0	37,0	90,7	3,8	9,3
1984	62,0	100,0	59,6	96,1	2,4	3,9
1985	23,4	100,0	21,2	90,6	2,2	9,4
1986	23,1	100,0	21,0	90,9	2,1	9,1

FONTE: IPEA/IPLAN/CSP

TABELA III.25  
EVOLUÇÃO DO GASTO FEDERAL CONSOLIDADO  
EM SAUDE (TESOURO + FPAS + FAS + FINSOCIAL + OUTRAS FONTES)  
SEGUNDO A NATUREZA ECONOMICA D/A DESPESA - BRASIL: 1980-1986  
Em US\$ milhões de 1986

NATUREZA DA DESPESA	ANOS				
	1980	1981	1982	1983	1984
TOTAL GERAL	4.245,2	4.018,6	4.165,3	3.410,8	3.561,6
DESPESAS DE CUSTEIO	3.656,6	3.184,7	3.287,7	2.624,9	2.755,4
- Pessoal	696,1	698,3	763,9	620,5	582,0
- Serv. de Terceiros	2.675,0	2.233,7	2.309,0	1.817,1	1.999,7
- Outras (1)	285,5	252,7	214,8	187,3	173,7
TRANSF. CORRENTES	405,6	655,8	643,9	633,1	638,4
- Intragovernam.	231,7	278,9	225,6	199,0	220,7
- Intergovernam.	49,4	145,7	249,1	215,2	245,9
- Outras Transf. (2)	124,5	231,2	169,2	218,9	171,8
INVESTIMENTOS (3)	117,1	127,1	120,8	64,7	82,2
INVERS. FINANC. (4)	8,5	0,2	3,3	0,3	0,2
TRANSF. DE CAPITAL (5)	57,4	50,8	109,6	87,8	85,4

FONTE: IPEA/IPLAN/CSP

(CONTINUA)

ANOS		
1985	1986	
4.071,1	4.391,2	(1) - Corresponde a soma do material de consumo com as despesas diversas.
3.028,7	2.862,1	(2) - Transf. a inst. privadas, pessoas, ao exterior, PASEP, encargos da dívida interna e externa e transf. diversas.
927,3	952,4	(3) - Obras e Instal., Equip. e material permanente, invest. espec. e invest. diversos.
1.879,7	1.585,1	(4) - Aquis. de títulos, represent. capital integralizado e aquis. de imóveis.
221,7	324,6	(5) - transf. intra e intergovernam., transf a inst. privadas, amort. da dívida interna e externa, diversas transf. de capital e dif. de câmbio.
887,0	1.248,3	
358,8	496,0	
313,4	468,0	
214,8	584,3	
155,4	280,8	
0,1	0,1	
100,5	155,2	

TABELA III.25-A  
 ESTRUTURA DO GASTO FEDERAL,  
 CONSOLIDADO EM SAUDE, SEGUNDO A NATUREZA ECONOMICA DA DESPESA  
 BRASIL: 1980-1986

Em %

NATUREZA DA DESPESA	ANOS			
	1980	1982	1984	1986
TOTAL GERAL	100,0	100,0	100,0	100,0
DESPESAS DE CUSTEIO	86,1	78,9	77,4	65,2
Pessoal	16,4	18,3	16,3	21,7
Serv. de Terceiros	63,0	55,4	56,1	36,1
Outras	6,7	5,2	5,0	7,4
TRANSF. CORRENTES	9,5	15,7	17,9	28,4
Intragovernamentais	5,5	5,4	6,2	11,3
Intergovernamentais	1,2	6,0	6,9	10,7
Outras Transf.	2,8	4,3	4,8	6,4
INVESTIMENTOS	2,8	2,9	2,3	2,9
INVERS. FINANCEIRAS	0,2	0,1	0,0	0,0
TRANSF. DE CAPITAL	1,4	2,4	2,4	3,5

FONTES: TABELA III.25

TABELA III.26  
 PARTICIPAÇÃO DO INAMPS  
 NO GASTO CONSOLIDADO COM SAÚDE  
 SEGUNDO A NATUREZA ECONOMICA DA DESPESA  
 BRASIL: 1980-1986

(Em %)

NATUREZA DA DESPESA	PARTICIPAÇÃO DO INAMPS			
	1980	1982	1984	1986
TOTAL GERAL	85,1	81,8	82,0	77,7
DESPESAS DE CUSTEIO	93,9	92,3	93,1	89,8
Pessoal	74,6	73,6	74,5	83,2
Serv. de Terceiros	99,3	99,3	99,3	97,1
TRANSF. CORRENTES	31,7	55,1	53,7	62,0
Transf. Intergovern.	73,9	55,3	56,8	78,5
INVESTIMENTOS	29,5	7,8	14,4	50,1
INVERS. FINANCEIRAS	99,7	99,3	95,4	95,7
TRANSF. DE CAPITAL	12,6	1,0	0,5	3,3

FONTE: TABELA III.25

TABELA III.27  
 GASTOS SOCIAIS CONSOLIDADOS DOS GOVERNOS  
 ESTADUAIS COM OS PROGRAMAS DE SAUDE SEGUNDO  
 A NATUREZA ECONOMICA DA DESPESA  
 BRASIL: 1979-1984

Em US\$ milhões de 1986

NATUREZA DA DESPESA	ANOS DE REFERENCIA			
	1979		1984	
	VALOR	%	VALOR	%
TOTAL	964,1	100,0	874,0	100,0
FORM. BRUTA DE CAP. FIXO	73,3	7,6	65,5	7,5
CONSUMO	833,1	86,4	792,5	90,7
TRANSFERENCIAS	36,5	3,8	15,9	1,8
INVERS. FINANCEIRAS	21,2	2,2	0,1	0,0

FONTE: MEDICI, A. C. "O custeio da política social ao nível regional: subsídios para uma estratégia de descentralização."

OBS: Estão excluídas as transferências intergovernamentais e intragovernamentais, dado que elas representam duplicações de recursos ao nível destas esferas.

TABELA III.28  
DISTRIBUIÇÃO DOS GASTOS  
ESTADUAIS E MUNICIPAIS CONSOLIDADOS COM OS SUB-PROGRAMAS DE SAÚDE  
BRASIL: 1984

Em US\$ milhões de 1986

SUB-PROGRAMAS	ESFERAS ADMINISTRATIVAS					
	TOTAL		ESTADOS		MUNICÍPIOS-	
	VALOR	%	VALOR	%	VALOR	%
TOTAL	1357,5	100,0	881,7	100,0	475,8	100,0
ADMINISTR.	294,2	21,7	237,4	26,9	56,8	11,9
ASS. SANITARIA GERAL	509,0	37,5	194,6	22,1	314,4	66,1
ASS. HOSPITAL. GERAL	496,3	36,6	394,2	44,7	102,1	21,5
NUTR. /ALIMENT.	19,5	1,4	17,0	1,9	2,5	0,5
EST. E PESQ.	38,5	2,8	38,5	4,4	-	-

FONTE: Ver tabela III.27

OBS: Os gastos incluem as transferências inter e intra-governamentais. Para os Municípios foram considerados somente os Municípios das capitais estaduais e das Regiões Metropolitanas.

TABELA III.29  
COMPOSIÇÃO ÓTIMA DOS GASTOS DE SAÚDE  
POR FONTES DE RECURSOS, PARA SE CHEGAR A 6,5% DO PIB NO ANO 2000

Em % DO PIB

NÍVEIS SITUACIONAIS	ESTRUTURA DO GASTO			
	PRIVADO	PREVIDENC.	EST./MUN.	TESOURO
ATUAL - 3,9% DO PIB (1986)	1,4	1,3	0,8	0,4
PROSPECTIVO - 6,5%	1,4	1,8	2,5	0,8

ELABORAÇÃO: Pedro Luiz B. Silva e André César Medici

TABELA III.30  
EVOLUÇÃO DO NÚMERO DE  
ESTABELECEMENTOS DE SAÚDE POR CATEGORIA INSTITUCIONAL  
BRASIL: 1978-1984

ANOS	TOTAL	PUBLICOS				PRIVADOS			
		TOTAL	FEDER	ESTAD	MUNIC	TOTAL	FILAN	BENEF	C/LU
1978	15345	7839	1271	4410	2158	7506	2036	1641	382
1979	17079	8748	1487	4801	2460	8331	2092	1992	424
1980	18489	10045	1575	5768	2702	8444	2104	1969	437
1981	22341	13890	3829	7010	3056	8451	1955	901	536
1982	24018	15286	4018	7927	3341	8732	1917	909	568
1983	25651	16749	4278	8726	3745	8902	1920	978	580
1984	27552	18363	4463	9533	4367	9189	1930	1041	598

FONTE: IBGE, AMS 1978-1984

OBS: No total dos estabelecimentos privados, estão incluídas as Fundações particulares.

TABELA III.30-A  
DISTRIBUICAO PERCENTUAL DOS ESTABELECEMENTOS  
DE SAUDE POR CATEGORIA INSTITUCIONAL  
BRASIL: 1978-1984

ANOS	TOTAL	PUBLICOS				PRIVADOS			
		TOTAL	FEDER	ESTAD	MUNIC	TOTAL	FILAN	BENEF	C/L
1978	100,0	51,1	8,3	28,7	14,1	48,9	13,3	10,7	24,1
1979	100,0	51,2	8,7	28,1	14,4	48,8	12,3	11,7	24,2
1980	100,0	54,3	8,5	31,2	14,6	45,7	11,4	10,7	23,0
1981	100,0	62,2	17,1	31,4	13,7	37,8	8,8	4,0	24,4
1982	100,0	63,6	16,7	33,0	13,9	36,4	8,0	3,8	23,8
1983	100,0	65,3	16,7	34,0	14,6	34,7	7,5	3,8	22,0
1984	100,0	66,6	16,2	34,6	15,8	33,4	7,0	3,8	21,8

FONTE: IBGE, AMS 1978-1984.

TABELA III.30-B  
TAXAS DE CRESCIMENTO DOS ESTABELECEMENTOS  
DE SAUDE POR CATEGORIA INSTITUCIONAL  
BRASIL: 1978-1984

(Em %)

ANOS	TOTAL	PUBLICO				PRIVADO			
		TOTAL	FEDER	ESTAD	MUNIC	TOTAL	FILAN	BENEF	C/L
79/78	11,3	11,6	17,0	8,9	14,0	11,0	2,7	21,4	10,0
80/79	8,3	14,8	5,9	20,1	9,8	1,4	0,6	-1,2	2,0
81/80	20,8	38,3	142,8	21,5	13,1	0,1	-7,1	-54,2	22,0
82/81	7,5	10,0	5,1	13,1	9,3	3,3	-1,9	0,9	6,0
83/82	6,8	9,6	6,5	10,1	12,1	1,9	0,2	7,6	2,0
84/83	7,4	9,6	4,3	9,2	16,6	3,2	0,5	6,4	3,0
80/78	9,8	13,2	11,3	14,4	11,9	6,1	1,7	9,5	6,0
84/80	10,5	16,3	29,7	13,4	12,8	2,1	-2,1	-14,7	8,0

FONTE: IBGE/AMS, 1978-1974.

TABELA III.31  
EVOLUÇÃO DOS ESTABELECIMENTOS  
DE SAÚDE COM INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR CATEGORIA INSTITUCIONAL  
BRASIL: 1978-1984

ANOS	TOTAL	PUBLICOS				PRIVADOS			
		TOTAL	FEDER	ESTAD	MUNIC	TOTAL	FILAN	BENEF	C/LI
1978	5708	1072	239	529	304	4636	1454	584	259
1979	6036	1162	261	567	334	4874	1504	596	277
1980	6103	1217	269	600	348	4886	1508	567	281
1981	6473	1342	303	665	374	5131	1437	497	303
1982	6650	1422	312	724	386	5228	1424	487	317
1983	6680	1450	327	731	392	5230	1430	493	310
1984	6861	1547	342	781	424	5314	1426	485	324

FONTE: IBGE/AMS, 1978-1984

OBS: No total dos estabelecimentos privados estão incluídas as Fundações Particulares.

TABELA III.31-A  
DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DOS ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE  
COM INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR CATEGORIA INSTITUCIONAL  
BRASIL: 1978-1984

ANOS	TOTAL	PUBLICO				PRIVADO			
		TOTAL	FEDER	ESTAD	MUNIC	TOTAL	FILAN	BENEF	C/LI
1978	100,0	18,8	4,2	9,3	5,3	81,2	25,5	10,2	45,
1979	100,0	19,2	4,3	9,4	5,5	80,8	24,9	9,9	46,
1980	100,0	19,9	4,4	9,8	5,7	80,1	24,7	9,3	46,
1981	100,0	20,7	4,7	10,3	5,8	79,3	22,2	7,7	47,
1982	100,0	21,4	4,7	10,9	5,8	78,6	21,4	7,3	47,
1983	100,0	21,7	4,9	10,9	5,9	78,3	21,4	7,4	47,
1984	100,0	22,6	5,0	11,4	6,2	77,4	20,8	7,1	47,

FONTE: IBGE/AMS, 1978-1984

TABELA III.30-B  
TAXAS DE CRESCIMENTO ANUAIS DOS ESTABELECIMENTOS DE SAUDE  
COM INTERNAÇÃO HOSPITALAR, POR CATEGORIA INSTITUCIONAL  
(Em %)

ANOS	TOTAL	PUBLICO				PRIVADO			
		TOTAL	FEDER	ESTAD	MUNIC	TOTAL	FILAN	BENEF	C/LUC
79/78	5,7	8,4	9,2	7,2	9,9	5,1	3,4	2,0	6,8
80/79	1,1	4,7	3,1	5,8	4,2	0,2	0,3	4,9	1,3
81/80	6,1	10,3	12,6	10,8	7,5	5,0	-4,4	-12,3	8,8
82/81	2,7	6,0	3,0	8,9	3,2	1,9	-0,9	-2,0	3,8
83/82	0,4	2,0	4,8	1,0	1,6	0,0	0,4	1,2	-0,3
84/83	2,7	0,5	4,6	6,8	8,2	1,6	-0,3	-1,6	2,6
80/78	3,4	6,5	6,1	6,5	6,1	2,7	1,8	-1,5	4,0
84/80	3,0	6,2	6,2	6,8	5,1	2,1	-1,4	-3,8	3,6

FONTE: IBGE/AMS, 1978-1984

TABELA III.32  
EVOLUÇÃO DOS ESTABELECIMENTOS SEM INTERNAÇÃO  
HOSPITALAR POR CATEGORIA INSTITUCIONAL  
BRASIL: 1978-1984

ANOS	TOTAL	PUBLICO				PRIVADO			
		TOTAL	FEDER	ESTAD	MUNIC	TOTAL	FILAN	BENEF	C/LUC
1978	9637	6767	1032	3861	1854	2870	582	1057	1231
1979	11043	7586	1226	4234	2126	3457	588	1396	1473
1980	12386	8828	1306	5188	2354	3558	596	1402	1560
1981	15868	12548	3521	6345	2682	3320	518	404	2308
1982	17368	13864	3706	7203	2955	3504	493	422	2513
1983	18971	15299	3951	7995	3353	3672	490	485	2640
1984	20691	16816	4121	8752	3943	3875	504	556	2751

FONTE: IBGE/AMS, 1978-1984

OBS: No total dos estabelecimentos privados estão incluídas as fundações particulares.

TABELA III.32-A  
DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DOS ESTABELECIMENTOS  
DE SAÚDE SEM INTERNAÇÃO POR CATEGORIA INSTITUCIONAL  
BRASIL: 1978-1984

ANOS	TOTAL	PUBLICO				PRIVADO			
		TOTAL	FEDER	ESTAD	MUNIC	TOTAL	FILAN	BENEF	C/LUC
1978	100,0	70,2	10,7	40,3	19,2	29,8	6,0	11,0	12,8
1979	100,0	68,7	11,1	38,3	19,3	31,3	5,3	12,6	13,4
1980	100,0	71,3	10,5	41,7	19,0	28,7	4,8	11,3	12,6
1981	100,0	79,1	22,2	40,0	16,9	20,9	3,3	2,6	14,5
1982	100,0	79,8	21,3	41,5	17,0	20,2	2,8	2,4	14,5
1983	100,0	80,6	20,8	42,1	17,7	19,4	2,6	2,6	13,9
1984	100,0	81,3	19,9	42,3	19,1	18,7	2,4	2,7	13,3

FONTE: IBGE/AMS, 1978-1984

TABELA III.32-B  
TAXAS DE CRESCIMENTO DOS ESTABELECIMENTOS  
DE SAÚDE SEM INTERNAÇÃO HOSPITALAR  
BRASIL: 1978-1984

Em %

ANOS	TOTAL	PUBLICO				PRIVADO			
		TOTAL	FEDER	ESTAD	MUNIC	TOTAL	FILAN	BENEF	C/LUC
79/78	14,6	12,1	18,8	9,1	14,7	20,4	1,0	32,1	19,7
80/79	12,2	16,4	6,5	22,1	10,7	2,9	1,4	0,4	5,9
81/80	28,1	42,1	169,6	22,8	13,9	-6,7	-13,1	-71,2	47,9
82/81	9,4	10,5	5,3	13,5	10,2	5,5	-4,8	4,5	8,9
83/82	9,2	10,3	6,6	11,0	13,5	4,8	-0,6	14,9	5,0
84/83	9,1	9,9	4,3	9,5	17,6	5,5	2,9	14,6	4,2
80/78	13,4	14,2	12,5	15,4	12,7	11,3	1,2	15,2	12,6
84/80	13,7	17,5	33,3	38,9	13,8	8,9	-4,1	-20,6	15,2

FONTE: IBGE/AMS, 1978-1984

TABELA III.33  
DISTRIBUICAO DOS ESTABELECEMENTOS DE SAUDE  
POR REGIAO E CATEGORIA INSTITUCIONAL  
BRASIL: 1978-1984

ANOS E REGIOES	CATEGORIA INSTITUCIONAL					
	TOTAL		PUBLICO		PRIVADO	
	ABSOL.	%	ABSOL.	%	ABSOL.	%
1978						
BRASIL	15345	100,0	7839	100,0	7506	100,0
NORTE	619	4,0	439	5,6	180	2,4
NORDESTE	4115	26,8	2621	33,4	1494	19,9
SUDESTE	6365	41,5	2989	38,1	3376	45,0
SUL	3237	21,1	1316	16,8	1921	25,6
CENTRO-OESTE	1009	6,6	474	6,0	535	7,1
1984						
BRASIL	27552	100,0	18363	100,0	9189	100,0
NORTE	1593	5,8	1265	6,9	328	3,6
NORDESTE	8348	30,3	6634	36,1	1750	19,0
SUDESTE	10982	39,9	6417	34,9	4565	49,7
SUL	4860	17,6	3058	16,7	1802	19,6
CENTRO-OESTE	1733	6,3	989	5,4	744	8,1

FONTE: IBGE/AMS, 1978-1984

TABELA III.33-A  
DISTRIBUIÇÃO DOS ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE  
COM INTERNAÇÃO HOSPITALAR, POR REGIÃO E CATEGORIA INSTITUCIONAL  
BRASIL: 1978-1984

ANOS E REGIOES	CATEGORIA INSTITUCIONAL					
	TOTAL		PUBLICO		PRIVADO	
	ABSOL.	%	ABSOL.	%	ABSOL.	%
1978						
BRASIL	5708	100,0	1072	100,0	4636	100,0
NORTE	267	4,7	122	11,4	145	3,1
NORDESTE	1446	25,3	530	49,4	916	19,8
SUDESTE	2203	38,6	267	24,9	1936	41,8
SUL	1279	22,4	100	9,3	1179	25,4
CENTRO-OESTE	513	9,0	53	4,9	460	9,9
1984						
BRASIL	6861	100,0	1547	100,0	5314	100,0
NORTE	432	6,3	187	12,1	245	4,6
NORDESTE	1902	27,7	794	51,3	1108	20,9
SUDESTE	2484	36,2	347	22,4	2137	40,2
SUL	1297	18,9	135	8,7	1162	21,9
CENTRO-OESTE	746	10,9	84	5,4	662	12,5

FONTE: IBGE/AMS, 1978-1984

TABELA III.33-B  
DISTRIBUIÇÃO DOS ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE  
SEM INTERNACÃO HOSPITALAR, POR REGIÃO E CATEGORIA INSTITUCIONAL  
BRASIL: 1978-1984

ANOS E REGIOES	CATEGORIA INSTITUCIONAL					
	TOTAL		PUBLICO		PRIVADO	
	ABSOL.	%	ABSOL.	%	ABSOL.	%
1978						
BRASIL	9637	100,0	6767	100,0	2870	100,0
NORTE	352	3,7	317	4,7	35	12,2
NORDESTE	2669	27,7	2091	30,9	578	20,1
SUDESTE	4162	43,2	2722	40,2	1440	50,2
SUL	1958	20,3	1216	18,0	742	25,9
CENTRO-OESTE	495	5,1	421	6,2	75	2,6
1984						
BRASIL	20691	100,0	16816	100,0	3875	100,0
NORTE	1161	5,6	1078	6,4	83	2,1
NORDESTE	6482	31,3	5840	34,7	642	16,6
SUDESTE	8498	41,1	6070	36,1	2428	62,7
SUL	3563	17,2	2923	17,4	640	16,5
CENTRO-OESTE	987	4,8	905	5,4	82	2,1

FONTE: IBGE/AMS, 1978-1984

TABELA III.34  
 PERCENTAGEM DE ESTABELECIAMENTOS CONVENIADOS COM O INAMPS  
 E/OU COM O INAMPS/EMPRESA POR CATEGORIA INSTITUCIONAL  
 BRASIL: 1978-1984

ANOS	TOTAL	PUBLICO				PRIVADO			
		TOTAL	FEDER	ESTAD	MUNIC	TOTAL	FILAN	BENEF	C/LUC
1978	45,2	23,6	29,0	23,8	21,6	67,1	69,3	64,5	67,1
1979	47,9	27,0	39,1	23,4	26,5	69,9	75,4	75,6	64,5
1980	49,8	32,6	46,5	31,7	26,2	70,3	75,0	76,4	64,6
1981	45,5	36,4	54,1	31,9	24,5	60,6	82,5	60,8	56,4
1982	45,3	37,5	54,5	34,6	26,0	59,1	72,9	59,4	53,7
1983	45,2	37,7	55,8	35,0	23,3	59,2	74,2	58,0	53,8
1984	44,3	37,6	57,8	35,2	22,4	57,8	72,9	53,1	52,8

FONTE: IBGE/AMS, 1978-1984

TABELA III.35  
 EVOLUCAO DO NUMERO DE LEITOS DE INTERNAÇÃO  
 POR CATEGORIA INSTITUCIONAL  
 BRASIL: 1978-1984

(EM MIL LEITOS)

ANOS	TOTAL	PUBLICO				PRIVADO			
		TOTAL	FEDER	ESTAD	MUNIC	TOTAL	FILAN	BENEF	C/LUC
1978	463,1	122,4	27,9	83,0	11,5	340,8	134,5	39,9	166,4
1979	475,4	116,1	29,1	75,4	11,7	359,3	141,8	38,8	178,7
1980	495,6	120,3	29,6	78,2	12,5	375,4	150,1	37,7	187,5
1981	509,2	122,3	29,2	79,6	13,5	386,9	142,8	33,7	200,9
1982	516,9	124,8	29,8	81,1	13,7	391,2	138,8	32,6	208,0
1983	518,6	124,4	30,8	79,3	14,2	394,2	139,8	33,9	208,3
1984	522,8	124,3	31,0	78,6	14,6	398,6	140,3	33,0	211,8

FONTE: IBGE/AMS, 1978-1984

TABELA III.35-A  
DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DOS LEITOS  
POR CATEGORIA INSTITUCIONAL - BRASIL: 1978-1984

ANOS	TOTAL	PUBLICO				PRIVADO			
		TOTAL	FEDER	ESTAD	MUNIC	TOTAL	FILAN	BENEF	C/LUC
1978	100,0	26,4	6,0	17,9	2,5	73,6	29,0	8,6	35,9
1979	100,0	24,4	6,1	15,9	2,4	75,6	29,8	8,2	37,6
1980	100,0	24,3	6,0	15,8	2,5	75,7	30,3	7,6	37,8
1981	100,0	24,0	5,7	15,6	2,6	76,0	28,1	6,6	39,5
1982	100,0	24,2	5,8	15,7	2,7	75,8	26,9	6,3	40,3
1983	100,0	24,0	5,9	15,3	2,8	76,0	27,0	6,5	40,2
1984	100,0	23,8	5,9	15,0	2,8	76,2	26,8	6,3	40,5

FONTE: IBGE/AMS, 1978-1984

TABELA III.35-B  
 TAXAS DE CRESCIMENTO DOS LEITOS  
 POR CATEGORIA INSTITUCIONAL  
 BRASIL: 1978-1984

Em %

ANOS	TOTAL	PUBLICO				PRIVADO			
		TOTAL	FEDER	ESTAD	MUNIC	TOTAL	FILAN	BENEF	C/LUC
79/78	2,7	-5,1	4,3	-9,2	1,5	5,4	5,4	-2,7	7,4
80/79	4,2	3,6	1,8	3,6	7,3	4,5	5,8	-2,7	5,0
81/80	2,8	1,7	-1,2	1,8	7,7	3,1	-4,8	-10,8	7,1
82/81	1,3	2,0	2,5	1,9	1,6	1,6	-2,9	-3,2	3,5
83/82	0,5	-0,3	2,8	-2,2	4,1	0,8	0,8	3,8	0,2
84/83	0,8	-0,1	0,8	-1,0	2,7	1,1	0,3	-2,6	1,7
80/78	3,4	-0,9	3,1	-3,0	4,4	4,9	5,6	-2,7	6,2
84/80	1,3	0,8	1,2	0,1	4,0	1,5	-1,7	-3,3	3,1

FONTE: IBGE/AMS, 1978-1984

TABELA III.36  
 DISTRIBUICAO DOS LEITOS HOSPITALARES  
 POR REGIAO E CATEGORIA INSTITUCIONAL  
 BRASIL: 1978-1984

(Em mil leitos)

ANOS E REGIOES	CATEGORIA INSTITUCIONAL					
	TOTAL		PUBLICO		PRIVADO	
	ABSOL.	%	ABSOL.	%	ABSOL.	%
1978						
BRASIL	463,1	100,0	122,4	100,0	340,8	100,0
NORTE	14,0	3,0	7,7	6,3	6,4	1,9
NORDESTE	77,4	16,8	27,5	20,9	49,9	14,6
SUDESTE	256,3	55,3	64,9	53,0	191,4	56,9
SUL	89,5	19,3	15,6	12,5	74,0	21,7
CENTRO-OESTE	25,9	5,6	6,7	5,5	19,1	5,6
1984						
BRASIL	522,8	100,0	124,3	100,0	398,6	100,0
NORTE	17,0	3,2	8,0	6,4	9,1	2,3
NORDESTE	96,2	18,4	31,2	25,1	65,0	16,3
SUDESTE	279,9	53,4	61,5	49,5	218,4	54,8
SUL	94,0	18,0	16,0	12,9	78,0	19,6
CENTRO-OESTE	35,7	6,8	8,0	6,1	28,1	7,1

FONTE: IBGE/AMS, 1978-1984

TABELA III.37  
 EVOLUÇÃO DOS LEITOS DO SETOR PRIVADO CONVENIADOS  
 BRASIL: 1978-1984  
 (Em mil leitos)

ANOS	LEITOS CONVENIADOS									
	TOTAL		FILANTROPICOS		BENEFICENTES		LUCRATIVOS			
	ABS	%	ABS	%	ABS	%	ABS	%		
1978	305,3	89,6	122,0	90,7	34,5	86,5	148,8	89,4		
1979	321,7	89,6	128,6	90,7	34,8	86,7	158,4	88,6		
1980	338,3	90,1	137,6	91,7	33,8	89,9	166,8	88,9		
1981	349,8	90,4	131,8	92,3	31,2	92,6	177,9	88,6		
1982	352,7	91,1	127,8	92,1	30,1	92,3	163,6	88,3		
1983	352,9	89,5	128,0	91,6	31,7	93,8	161,8	87,3		
1984	355,7	89,2	127,5	90,9	30,8	93,3	164,6	87,2		

FONTE: IBGE/AMS, 1978-1984

OBS: O percentual acima indicado refere-se ao total de leitos conveniados sobre o total de leitos existentes.

TABELA III.38  
EVOLUÇÃO DO NÚMERO DE CONSULTAS REALIZADAS  
BRASIL: 1981-1984  
(Em mil consultas)

ANOS	CATEGORIA INSTITUCIONAL						
	TOTAL		PUBLICO		PRIVADO		
	ABS	%	ABS	%	ABS	%	
1981	584.560,3	100	347.261,7	59	237.298,6	41	
1982	640.129,8	100	375.722,0	59	264.407,8	41	
1983	712.925,2	100	417.957,1	62	294.968,1	38	
1984	768.877,3	100	439.836,4	57	329.040,9	43	

FONTE: IBGE/AMS, 1981-1984

TABELA III.38-A  
EVOLUÇÃO DO NÚMERO DE CONSULTAS  
REALIZADAS NOS ESTABELECIMENTOS CONVENIADOS COM O INAMPS (\*)  
BRASIL: 1981-1984  
(Em mil consultas)

ANOS	CATEGORIA INSTITUCIONAL						
	TOTAL		PUBLICO		PRIVADO		
	ABS	%	ABS	%	ABS	%	
1981	325.973,2	100	137.795,1	42	188.178,1	58	
1982	372.595,2	100	159.000,8	43	213.594,4	57	
1983	417.323,5	100	181.946,2	44	235.377,3	56	
1984	452.115,2	100	187.200,6	41	264.914,6	59	

FONTE: IBGE/AMS, 1981-1984

(\*) - Inclui os convênios do tipo INAMPS/EMPRESA.

OBS1: Crescimento Geométrico anual no período:  
total: 9,6%  
Publicos: 8,2%  
Privados: 11,5%

Crescimento Geométrico Anual das Consultas Conveniadas:  
total: 11,5%  
públicos: 10,7%  
privados: 12,1%

TABELA III.39  
 EVOLUCAO DO NUMERO DE CONSULTAS E INTERNAÇOES HOSPITALARES  
 REALIZADAS PELO INAMPS  
 BRASIL: 1981-1986  
 (Em mil)

ANOS	CONSULTAS MEDICAS		INTERNAÇOES	
	ABSOLUTO	TAXA GEOM. DE CRESC. ANUAL	ABSOLUTO	TAXA GEOM. DE CRESC. ANUAL
1971	47.799,5	-	2.931,6	-
1974	55.384,7	5,03%	4.082,7	11,67%
1978	145.411,6	27,29%	9.658,1	24,02%
1982	206.248,4	9,13%	13.070,9	7,85%
1986	237.525,2	3,50%	11.394,8	-3,47%

FONTES: De 1971 a 1974, dados do INPS. De 1978 a 1986, dados do INAMPS.

OBS: As taxas Geométricas de Crescimento Anual são relativas aos periodos de intervalo entre os anos constantes na tabela.

TABELA III.40  
 NUMERO DE LEITOS, CONSULTAS E INTERNAÇOES  
 POR HABITANTE: BRASIL - 1981-1984

ANOS	LEITOS POR 1000 HAB	CONSULTAS POR HAB	INTERN./1000 HAB
1981	4,18	4,79	141
1982	4,13	5,12	139
1983	4,05	5,57	131
1984	3,98	5,86	134

fonte: IBGE/AMS, 1981-1984

TABELA III.41  
EVOLUÇÃO DA RECEITA TOTAL DA PREVIDENCIA SOCIAL  
BRASIL, 1983-1987

EM C<sub>2</sub> MILHOES DE MARÇO DE 1986(\*)

MESES	RECEITA TOTAL				
	1983	1984	1985	1986	1987(**)
JAN	16.280,0	12.815,0	11.081,7	14.835,9	15.988,7
FEV	15.805,2	12.183,5	11.853,8	12.333,9	18.391,9
MAR	14.139,8	10.288,9	11.689,0	13.214,0	13.011,5
ABR	13.433,9	11.056,1	11.868,5	13.768,8	16.730,7
MAI	13.504,1	10.329,6	12.242,9	17.960,6	17.314,4
JUN	14.803,7	12.872,6	14.686,8	16.418,7	15.125,0
JUL	14.169,4	12.792,0	15.475,1	18.240,4	16.189,6
AGO	13.093,5	11.185,9	13.867,3	16.227,4	18.529,5
SET	13.430,0	10.793,2	14.355,4	16.784,9	15.592,3
OUT	11.416,6	11.941,4	14.495,6	18.043,9	15.061,1
NOV	10.178,3	10.918,0	14.105,8	18.008,6	15.156,5
DEZ	18.188,0	21.493,6	17.175,9	18.283,5	15.543,9
TOTAL	168.442,5	148.669,8	162.897,8	194.120,6	192.635,1

FONTE: MPAS, SECRETARIA DE ESTUDOS ESPECIAIS

(\*) - Dados deflacionados pelo IGP/DI

(\*\*)- Em de 1987 o dado de receita total disponível baseia-se no conceito de Caixa.

TABELA III.42  
COMPOSIÇÃO PERCENTUAL  
DAS RECEITAS DO FPAS - BRASIL: 1983 - 1987

ANOS E MESES	COMPOSIÇÃO DAS RECEITAS			
	RECEITA TOTAL	CONTRIB. COMPULS.	CONTRIB. DA UNIAO	OUTRAS RECEITAS
1983	100,0	91,23	6,55	2,22
1984	100,0	86,02	10,99	2,99
1985	100,0	89,64	4,39	5,97
1986	100,0	93,72	1,99	4,29
1987				
JAN	100,0	87,48	2,46	10,07
FEV	100,0	76,63	3,42	19,95
MAR	100,0	85,00	0,60	14,40
ABR	100,0	73,69	5,23	21,08
MAI	100,0	68,91	2,37	28,72
JUN	100,0	71,60	2,80	25,60
JUL	100,0	84,44	2,64	12,92
AGO	100,0	85,21	2,44	12,35
SET	100,0	81,05	5,19	13,76
OUT	100,0	82,64	2,50	14,86
NOV	100,0	86,79	3,14	10,07
DEZ	100,0	80,06	4,91	15,03

FONTE: MPAS, Secretaria de Estudos Especiais

OBS: Entre 1983 e 1986 foi considerada a composição relativa aos 12 meses.

TABELA III.43  
COMPOSIÇÃO INTERNA  
DAS CONTRIBUIÇÕES COMPULSORIAS  
BRASIL: 1983-1986

ANOS E MESES	COMPOSIÇÃO INTERNA DAS CONTRIBUIÇÕES COMPULSORIAS				
	TOTAL DAS RECEITAS	RECEITA DA FOL. SALAR.	RECEITA DA PROD. RUR.	RECEITA DE CONTR. IND.	OUTRAS REC.*
1983	100,00	82,22	3,83	9,66	4,29
1984	100,00	77,77	4,51	8,99	8,73
1985	100,00	79,24	4,39	7,94	8,43
1986	100,00	86,14	2,63	7,64	3,59

FONTE: Secretaria de Estudos Especiais do MPAS

\* Inclui excedente sobre a arrecadação de terceiros.

TABELA III.44  
EVOLUÇÃO REAL DAS RECEITAS DE CONTRIBUIÇÕES INDIVIDUAIS  
JAN/86 - NOV/87

Em mil Cz de mar/86

MESES	ANOS		VAR. (%) SOBRE O MESMO MES DO ANO ANTERIOR
	1986	1987	
JAN	1.050.776,3	1.015.769,8	-3,33
FEV	798.654,1	1.008.730,6	26,30
MAR	1.053.422,0	848.690,6	-19,43
ABR	889.181,3	1.035.540,1	16,46
MAI	1.550.191,5	847.692,3	-45,32
JUN	1.196.895,1	763.173,1	-36,24
JUL	1.227.158,6	890.385,3	-27,44
AGO	1.182.655,5	891.109,5	-24,65
SET	1.238.129,8	807.318,4	-34,80
OUT	1.232.822,8	761.253,8	-38,25
NOV	1.186.306,8	689.772,0	-41,86
DEZ	1.059.501,2	-	-
TOTAL	13.665.695,0	-	-

FONTE: Secretaria de Estudos Especiais do MPAS.

OBS: INFLATOR UTILIZADO - IGP/DI.

TABELA III.45  
PARTICIPAÇÃO DAS RECEITAS DO  
"EXCESSO DE ARRECADADAÇÃO SOBRE TERCEIROS" NA COMPOSIÇÃO  
DAS CHAMADAS "OUTRAS RECEITAS" DE CONTRIBUIÇÕES COMPULSORIAS  
BRASIL: 1983-1986

ANOS E MESES	PARTICIPAÇÃO (%)
1983	43,50
1984	25,39
1985	23,81
1986	57,31

FONTE: Secretaria de Estudos Especiais do MPAS

TABELA III.46  
EVOLUÇÃO DA MASSA SALARIAL DOS EMPREGADOS FORMAIS NA RMSF  
E DA RECEITA DA FOLHA DE SALÁRIOS DA PREVIDÊNCIA SOCIAL  
BRASIL: JAN-1985 A DEZ-1986  
BASE: DEZ 1984=100

MESES	INDICADORES			
	1985		1986	
	MASSA SALAR.	RECEITA	MASSA SALAR.	RECEITA
JAN	77,2	74,7	94,4	93,7
FEV	79,3	80,9	93,8	90,8
MAR	78,0	76,6	98,6	100,1
ABR	77,7	79,9	103,6	106,2
MAI	84,7	81,1	108,9	142,3
JUN	87,2	100,8	109,2	130,8
JUL	85,4	96,3	116,6	137,4
AGO	85,4	94,0	119,3	131,3
SET	87,7	91,7	122,5	131,7
OUT	89,1	89,5	125,8	137,5
NOV	102,5	91,8	132,8	140,5
DEZ	116,9	108,4	155,6	127,1

FONTE: IBGE, Pesquisa Mensal de Emprego e MPAS, Secretaria de Estudos Especiais. Utilizou-se como inflator o IPC do IBGE.

TABELA III.47  
EVOLUÇÃO MENSAL DAS DESPESAS DO SINPAS  
1985-1987

EM CZ MILHOES DE MARÇO DE 1986

MESES	DESPESA TOTAL			VAR. 86/85 (%)	VAR. 87/86 (%)
	1985	1986	1987		
JAN	15.621,3	15.926,9	11.325,0	+2,0	-29,5
FEV	10.823,3	10.541,4	10.131,0	-2,6	-3,9
MAR	10.850,6	11.162,8	9.305,7	+2,9	-16,6
ABR	10.300,5	11.753,1	13.716,3	+14,1	+16,7
MAI	10.042,8	11.919,9	12.724,4	+18,7	+6,8
JUN	9.110,3	17.595,7	10.346,0	+93,1	-41,2
JUL	18.151,9	15.701,3	13.624,6	-13,5	-13,2
AGO	12.703,7	14.316,0	14.441,2	+12,7	+0,9
SET	12.324,1	14.416,3	13.885,4	+17,0	-3,7
OUT	12.688,6	15.244,0	13.445,8	+20,1	-11,8
NOV	10.766,2	15.012,1	-	+39,2	-
DEZ	15.522,5	14.934,6	-	-3,8	-
TOTAL	148.925,8	168.524,1	-	+13,2	-
TOTAL*	122.616,1	138.577,4	122.945,4	+13,0	-11,3

FONTE: MPAS, SECRETARIA DE ESTUDOS ESPECIAIS

\* - Período janeiro-outubro

OBS: Inflator Utilizado: IGP/DI

TABELA III.48  
 VARIACAO PERCENTUAL MENSAL DA RELACAO  
 (DESPESA - RECEITA)/RECEITA DO SINPAS  
 1985-1987

MESES	ANOS		
	1985	1986	1987
JAN	+41,0	+7,4	-29,2
FEV	-8,7	-14,8	-44,9
MAR	-7,2	-15,5	-28,5
ABR	-13,2	-14,6	-18,0
MAI	-18,0	-33,6	-30,0
JUN	-38,5	+7,2	-31,6
JUL	+28,1	-13,9	-15,8
AGO	-3,0	-12,9	-22,1
SET	-14,2	-14,1	-11,0
OUT	-12,5	-15,5	-10,7
NOV	-23,5	-16,6	-
DEZ	-9,6	-18,3	-
TOTAL	-8,6	-13,2	-

FONTE: MPAS, Secretaria de Estudos Especiais

TABELA III.49  
 EVOLUÇÃO DAS DESPESAS DO SINPAS  
 POR TIPO DE INSTITUIÇÃO, COMO PERCENTAGEM DA  
 RECEITA TOTAL DO COMPLEXO PREVIDENCIÁRIO: BRASIL 1970-1985

ANOS	DESPESA TOTAL (%)	INPS (%)	INAMPS (%)	IAPAS (%)	LBA (%)	FUNABEM (%)
1970	101,18	65,68	29,32	5,37	0,51	0,40
1971	94,68	65,21	26,40	5,10	0,63	0,34
1972	93,92	63,85	24,77	4,51	0,54	0,25
1973	90,77	61,52	24,36	4,21	0,46	0,22
1974	87,00	57,86	24,26	4,30	0,40	0,18
1975	94,49	61,54	27,60	4,77	0,40	0,18
1976	101,37	63,27	32,02	5,54	0,34	0,20
1977	99,18	64,39	30,31	3,63	0,62	0,23
1978	99,54	65,57	29,67	3,23	0,79	0,28
1979	99,09	68,21	27,33	2,18	1,07	0,30
1980	107,33	73,02	29,37	3,18	1,37	0,42
1981	108,72	74,19	26,46	6,16	1,41	0,50
1982	97,54	70,37	22,70	2,92	1,12	0,43
1983	101,76	75,38	22,29	2,65	1,06	0,35
1984	100,31	70,75	25,41	3,04	0,82	0,28
1985	96,86	66,91	25,90	3,03	0,77	0,25

FONTE: SINPAS

TABELA III.50  
 EVOLUÇÃO DA DESPESA DAS INSTITUIÇÕES  
 INTEGRANTES DO SINPAS - BRASIL: JULHO/1986 - JUNHO/1987  
 Em Cz milhões de marco de 1986

ANOS E MESES	INSTITUIÇÕES				
	INPS	INAMPS	IAPAS	FUNABEM	LBA
janeiro/1986	12.983,9	1.972,1	633,7	13,6	52,1
fevereiro/1986	8.236,2	1.704,5	176,5	15,0	56,4
março/1986	8.187,6	2.697,6	421,7	24,3	95,7
abril/1986	7.897,5	3.101,5	412,1	33,6	110,7
maio /1986	8.918,4	3.389,2	409,8	43,7	126,3
junho/1986	13.064,4	3.907,5	452,6	46,0	216,4
julho/1986	11.165,9	4.329,7	405,3	30,4	168,0
agosto/1986	10.498,7	3.592,3	371,6	32,1	184,0
setembro/1986	10.738,7	3.503,2	341,8	31,3	198,3
outubro/1986	10.312,8	4.364,7	448,0	44,8	263,4
novembro/1986	10.027,9	4.362,2	391,6	60,2	328,3
dezembro/1986	15.803,8	8.096,1	790,5	107,8	948,0
janeiro/1987	8.287,8	2.717,5	377,1	15,9	62,6
fevereiro/1987	7.963,9	3.300,2	342,9	31,5	126,2
março/1987	6.262,7	3.709,6	317,1	34,1	168,4
abril/1987	8.343,5	2.959,6	315,5	38,7	233,6
maio /1987	9.339,9	3.536,4	312,3	20,2	230,3
junho/1987	6.155,2	3.996,0	448,3	61,7	234,5
jan-jun/86	59.288,0	16.772,4	2.506,4	176,2	657,6
jan-jun/87	46.353,0	20.219,3	2.113,2	202,1	1.055,6

FONTE: Revista "Previdência em Dados", vários números.  
 OBS: Valores Corrigidos pelo IGP/DI

TABELA III.51  
COMPOSIÇÃO INTERNA DA DESPESA DO SINPAS  
BRASIL: 1986-1987

(Em %)

ANOS	SINPAS	INPS	INAMPS	IAPAS	LBA	FUNABEM
1986 (TOTAL)	100,0	70,5	24,8	2,9	1,5	0,3
1986 (1o. SEM. )	100,0	74,7	21,1	3,2	0,8	0,2
1986 (2o. SEM. )	100,0	67,2	27,7	2,7	2,1	0,3
1987 (1o. SEM. )	100,0	66,3	28,9	3,0	1,5	0,3

FONTE: Revista "Previdência em Dados", Vários Números

TABELA III.52  
EVOLUÇÃO REAL DOS GASTOS COM BENEFÍCIOS PAGOS PELO SINPAS  
BRASIL: 1985-1987  
(Em Cz milhões de março de 1986)

MESES	ANOS					
	1985		1986		1987	
	VALOR	IND.	VALOR	IND.	VALOR	IND.
JAN	12.424,1	100,0	12.392,5	99,8	7.929,6	63,8
FEV	7.963,8	64,1	7.495,0	60,3	7.016,2	56,5
MAR	7.313,1	58,9	7.600,8	61,2	5.535,4	44,6
ABR	6.762,3	54,4	7.571,4	60,9	8.215,0	66,1
MAI	6.399,8	51,5	7.698,1	62,0	8.541,9	68,8
JUN	6.060,9	48,9	12.542,6	101,0	5.692,1	45,8
JUL	14.334,3	115,4	10.011,5	80,6	7.537,8	60,7
AGO	9.150,0	73,7	9.879,2	79,5	8.970,2	72,2
SET	8.378,9	67,4	9.946,8	80,1	6.991,7	56,3
OUT	7.963,1	64,1	9.961,6	80,2	6.339,9	51,0
NOV	6.771,9	54,5	9.497,0	76,4	-	-
DEZ	14.379,1	115,7	14.934,6	120,5	-	-
TOTAL	107.901,3	100,0	119.531,1	110,8	-	-
TOTAL*	86.750,3	100,0	95.099,5	109,6	72.769,8	83,9

FONTE: MPAS, Secretaria de Estudos Especiais

\* - Total relativo ao período janeiro-outubro

OBS1 - Dados corrigidos pelo IGP/DI

OBS2 - Índice: Base jan/85=100; Para os totais, o ano de 1986=100.

TABELA III.53  
 EVOLUÇÃO REAL DOS GASTOS COM  
 BENEFÍCIOS PAGOS PELO SINPAS DEFLACIONADOS PELO INPC  
 BRASIL: 1985-1987  
 (Em Cz milhões de março de 1986)

MESES	ANOS		
	1985	1986	1987
JAN	11.821,0	11.851,9	7.389,8
FEV	7.525,3	7.009,7	6.548,2
MAR	7.443,1	7.600,8	5.193,1
ABR	6.920,2	7.495,2	7.650,9
MAI	6.153,7	7.563,8	8.237,8
JUN	5.801,0	12.269,7	5.689,9
JUL	13.577,3	10.558,8	7.485,7
AGO	9.033,1	9.485,8	8.857,9
SET	8.096,5	9.492,2	6.960,2
OUT	7.586,4	9.458,0	6.438,1
NOV	6.509,6	8.943,8	-
DEZ	13.588,7	14.102,9	-
TOTAL	104.055,6	115.859,6	-
TOTAL*	83.957,4	92.812,9	70.451,6

FONTES: MPAS, Secretaria de Estudos Especiais

\* - Total Relativo ao Período janeiro-outubro

OBS - Valores Corrigidos pelo INPC

TABELA III.54  
EVOLUÇÃO DOS GASTOS COM  
ASSISTÊNCIA MÉDICA PAGOS PELO SINPAS  
BRASIL: 1985-1987  
(Em Cz milhões de março de 1986)

MESES	ANOS					
	1985		1986		1987	
	VALOR	IND.	VALOR	IND.	VALOR	IND.
JAN	1.612,8	100,0	1.565,4	97,1	1.344,4	85,9
FEV	1.394,7	86,5	1.882,2	135,0	979,1	60,7
MAR	1.720,1	106,7	1.527,2	62,0	1.333,2	82,7
ABR	1.790,4	111,0	2.139,0	132,6	2.055,7	127,5
MAI	1.956,1	121,3	2.005,7	124,4	2.068,9	128,3
JUN	1.635,8	101,4	2.572,6	159,5	1.875,1	116,3
JUL	1.687,2	104,6	2.676,6	166,0	3.237,1	200,7
AGO	1.808,7	112,2	2.276,3	141,1	2.773,7	172,0
SET	2.089,1	129,5	2.251,6	139,6	3.724,9	231,0
OUT	2.466,5	152,9	2.786,6	172,8	3.869,1	239,9
NOV	2.054,9	127,4	2.722,6	168,8	-	-
DEZ	2.338,6	145,0	3.570,5	221,4	-	-
TOTAL	22.534,9	100,0	27.796,3	123,4	-	-
TOTAL*	18.141,4	100,0	21.503,2	118,5	23.261,2	128,2

FONTE: MPAS, Secretaria de Estudos Especiais

\* - Total de janeiro a outubro

OBS1 - Valores corrigidos pelo IGP/DI

OBS2 - Índice: janeiro de 1985=100; para os totais, o ano de 1985=100.

TABELA III,55  
EVOLUÇÃO DA PRODUÇÃO DE SERVIÇOS DO INAMPS  
BRASIL: 1982-1987

ANOS	CONSULTAS MÉDICAS (*)		INTERNACÕES HOSP. (*)	
	VALOR	INDICE	VALOR	INDICE
1982	17.187.370	100,0	1.089.240	100,0
1983	18.214.759	106,0	1.005.930	92,4
1984	19.638.223	114,2	1.055.079	96,9
1985	19.863.558	115,6	1.007.978	92,5
1986	19.793.765	115,2	949.569	87,2
1987	19.154.359	111,4	925.159	84,9

FONTE: Revista "Previdência em Dados"

(\*) - Média mensal do ano. Para 1987 foi considerada a média mensal do primeiro semestre.

TABELA III.56  
EVOLUCAO DOS GASTOS COM  
ASSISTENCIA SOCIAL PAGOS PELO SINPAS  
BRASIL: 1985-1987

(Em Cz milhões de março de 1986)

MESES	ANOS					
	1985		1986		1987	
	VALOR	IND.	VALOR	IND.	VALOR	IND.
JAN	58,9	100,0	91,2	154,8	149,9	254,5
FEV	103,3	175,4	49,9	84,7	241,5	410,0
MAR	155,4	263,8	121,4	206,1	142,0	241,1
ABR	155,4	263,8	132,9	225,6	326,2	553,8
MAI	137,9	234,1	200,8	340,9	255,7	434,1
JUN	141,7	240,6	228,2	387,4	311,6	529,0
JUL	130,2	221,0	175,4	297,8	581,1	986,6
AGO	108,4	184,0	208,3	353,7	529,4	898,8
SET	116,8	198,3	223,5	379,5	851,9	1446,4
OUT	131,0	222,4	318,7	541,1	863,2	1465,5
NOV	117,5	199,5	385,2	654,0	-	-
DEZ	196,9	334,3	639,9	1086,4	-	-
TOTAL	1.398,3	100,0	2.775,4	198,5	-	-
TOTAL*	1.083,9	100,0	1.750,3	161,5	4.352,5	401,6

FONTE: MPAS, Superintendência de Estudos Especiais

\* - Total de janeiro a outubro

OBS1 - Valores Corrigidos pelo IGP/DI

OBS2 - Índice base jan.1985=100. Para os totais, 1985=100.

TABELA III.57  
 EVOLUÇÃO DOS GASTOS COM PESSOAL  
 E DAS OUTRAS DESPESAS DO SINPAS - BRASIL: 1985-1987  
 (Em Cz milhões de março de 1986)

MESES	ANOS					
	1985		1986		1987	
	PESSOAL	OUTRAS	PESSOAL	OUTRAS	PESSOAL	OUTRAS
JAN	1.040,9	484,5	1.543,6	370,1	1.624,8	433,6
FEV	1.020,4	439,8	1.342,4	322,0	1.823,2	1.814,4
MAR	1.173,7	488,3	1.401,9	511,5	1.404,1	791,5
ABR	1.101,7	489,8	1.396,9	512,9	1.663,0	1.456,3
MAI	1.095,2	453,7	1.653,4	361,9	1.242,6	615,3
JUN	1.649,0	436,6	1.869,4	383,0	1.784,0	628,3
JUL	1.593,9	406,3	1.524,0	510,2	1.173,6	1.095,0
AGO	1.475,8	371,8	1.567,8	384,4	1.155,1	1.012,9
SET	1.376,2	363,2	1.457,4	450,9	1.265,2	962,5
OUT	1.487,0	641,1	1.477,8	699,2	1.063,4	1.310,1
NOV	1.308,0	533,9	1.530,1	868,8	-	-
DEZ	1.347,2	527,5	1.874,1	709,2	-	-
TOTAL	15.669,0	5.636,5	18.638,8	6.084,1	-	-
TOTAL*	13.043,8	4.575,1	15.234,6	4.470,1	14.199,0	10.119,9

FONTES: MPAS, Secretaria de Estudos Especiais

\* - Acumulado jan-out.

OBS: Dados corrigidos pelo IGP/DI

TABELA III.58  
 COMPOSIÇÃO INTERNA DA DESPESA DO SINPAS  
 SEGUNDO A NATUREZA DO GASTO - BRASIL: 1985-1987  
 (Em %)

NATUREZA DO GASTO	ANOS DE REFERENCIA		
	1985	1986	1987 (*)
TOTAL	100,0	100,0	100,0
BENEFICIOS	70,5	68,4	58,4
ASS. MEDICA	14,6	15,9	18,7
ASS. SOCIAL	1,3	1,6	3,5
PESSOAL	10,2	10,7	11,4
OUTRAS DESPESAS	3,4	3,4	8,0

FONTE: MPAS, Secretaria de Estudos Especiais  
 (\*) - Composição relativa ao acumulado jan-out.