

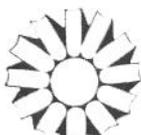
BRASIL 1985

**Relatório sobre a Situação
Social do País**

VOLUME I

NÚCLEO DE ESTUDOS EM POLÍTICAS
PÚBLICAS - INSTITUTO DE ECONOMIA
DA UNICAMP

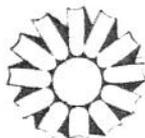
**Campinas
1986**



EDITORA DA UNICAMP

EDITORA DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS (UNICAMP)

Reitor: José Aristodemo Pinotti



EDITORA DA UNICAMP



CONSELHO EDITORIAL:

Amilcar Oskar Herrera
Aryon Dall'Igna Rodrigues (Presidente)
Dicesar Lass Fernandez
Fernando Galembeck
Hélio Waldman
Humberto de Araújo Rangel
Jaime Pinsky
Luiz Sebastião Prigenzi
Ubiratan D'Ambrósio

Diretor Executivo: Jaime Pinsky

Endereço: Rua Cecílio Feltrin, nº 253
Cidade Universitária - Barão Geraldo
Fone (0192) 39.1301 (ramais 2585 e 2568)
13081 - Campinas - SP

Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP

Reitor: Prof. Dr. José Aristodemo Pinotti

Assessoria para o Desenvolvimento Universitário

Geraldo Giovanni

Irineu Ribeiro dos Santos

Núcleo de Estudos em Políticas Públicas - NEPP

- Departamento de Ciências Sociais - IFCH
 - Instituto de Economia
 - Departamento de Medicina Preventiva - FCM
 - Departamento de Ciências Sociais Aplicadas à Educação - FE
-

Instituto de Economia

- Centro de Estudos de Conjuntura
 - Centro de Estudos de Desenvolvimento Econômico
-

ÍNDICE

	página
APRESENTAÇÃO	9
INTRODUÇÃO	13
CAPÍTULO 1	29
EMPREGO E RENDIMENTOS: BRASIL E REGIÃO METROPOLITANA DE SÃO PAULO - 1985	
1. Comportamento do Emprego no Brasil em 1985.....	31
2. Mercado de Trabalho em São Paulo	33
2.1. Crescimento da Ocupação e da População Economi- camente Ativa (PEA) na Grande São Paulo	35
2.2. Características da Ocupação em 1985	39
2.3. A Evolução do Desemprego	44
3. A Evolução dos Rendimentos	49
CAPÍTULO 2	59
PADRÃO E EVOLUÇÃO RECENTE DA POLÍTICA PREVIDENCIÁRIA: FINANCIAMENTO E BENEFÍCIOS	
1. Financiamento do Sistema Previdenciário	63
1.1. Características e Problemas	65
1.2. Situação Financeira	69
1.3. Alterações na Estrutura do Financiamento	73
2. Política de Benefícios	76
2.1. Cobertura e Evolução Recentes	78
2.2. Características	85
2.3. Gestão 85 e Perspectivas	88

CAPÍTULO 3 93
ATENÇÃO À SAÚDE

1. Características Demográficas e Condições de Saúde da População Brasileira	94
1.1. Natalidade e Mortalidade	96
1.2. Mortalidade Infantil	98
1.3. Doenças Transmissíveis	101
2. A Política Estatal de Atenção à Saúde	105
2.1. O Perfil da Intervenção nos Anos 70	109
2.2. Tentativas de Modificação da Política de Atenção à Saúde	125
2.3. Desempenho da Política de Atenção à Saúde em 85	149
2.4. Assistência Médico-Sanitária: Os Programas de Saúde Pública	161
2.5. Perspectivas da Política de Atenção à Saúde em 86	176
3. Anexo Estatístico	181

CAPÍTULO 4

TRANSPORTES COLETIVOS URBANOS	201
1. Indicadores do Quadro dos Transportes Coletivos Urbanos	207
1.1. Transportes Coletivos no Brasil e na Grande São Paulo: Comparações Internacionais	208
1.2. Condições de Transporte por Ônibus	216
1.3. Condições de Transporte por Trens Suburbanos	218
1.4. Tempo de Viagem	220
1.5. Oferta de Transportes Coletivos e Crescimento Demográfico	222
2. A Emergência do Subsídio,.....	223
3. Vale-Transporte: Antecedentes, Processo Decisório e Avaliação	230
4. Anexo Estatístico	243

APRESENTAÇÃO

Com **Brasil 1985 - Relatório sobre a situação social do país**, a Universidade Estadual de Campinas dá continuidade aos esforços que vem realizando para cumprir aquela que é uma das funções primordiais da Universidade, a de contribuir, com seu espírito crítico, para a construção de uma sociedade transparente, democrática, justa e solidária na distribuição de sua riqueza.

É uma das formas através das quais pode cumprir esta missão é exatamente o caminho trilhado pelo **Relatório 1985**, que ora vem a público: o trabalho interdisciplinar, a pesquisa rigorosa, o debate amplo e intenso, as sínteses cuidadosas e sempre abertas a revisões e finalmente, a publicação, para que a sociedade se aproprie dos trabalhos acadêmicos e possa transformá-los em mais um instrumento de sua contínua luta por uma vida melhor.

Brasil 1985 - Relatório sobre a situação social do país é o primeiro volume de um trabalho anual que está sendo realizado por professores, pesquisadores e estudantes vinculados ao Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, ao Instituto de Economia, ao Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina e ao Departamento de Ciências Sociais Aplicadas à Educação da Faculdade de Educação, esforço coordenado pelo Núcleo de Estudos em Políticas Públicas - NEPP e pelos Centro de Estudos de Desenvolvimento Econômico e Centro de Estudos de

Conjuntura do Instituto de Economia da UNICAMP.

Produto de pesquisas na área de políticas sociais, o Relatório anual é pretensioso, ainda que possivelmente alguns anos sejam necessários para que venha a atingir plenamente sua ambição. Pretensioso porque busca apreender, a cada ano, a concreta fenomenologia da sociedade, porque busca captar a transformação social, ao nível do visível, das políticas e dos fatos, mas porque quer também desnudar a face oculta e submersa da vida social. Quer conhecer, no seu entrelaçamento, a realidade emersa e submersa, o movimento cotidiano e de longo prazo, o particular e o geral, recuperando na análise a globalidade da sociedade brasileira. O conteúdo do primeiro volume do Relatório 1985 constitui apenas um primeiro passo nessa direção. Aqui estão tratadas a evolução do mercado de trabalho e as políticas de Previdência, Atenção à Saúde e Transportes Coletivos. O segundo volume conterà estudos sobre Educação, Habitação e Saneamento, Alimentação e Nutrição. Mas queremos ir além. Queremos progressivamente ir nos capacitando para compreender as condições de vida dos brasileiros, o seu dia a dia, o processo contínuo de transformação social, nos seus aspectos de modernidade e atraso. Compreender as manifestações coletivas e individuais de desejo, medo, frustração e esperança.

Duas opções nortearam a elaboração deste Relatório. Não se desconhece a necessidade de realizar um rigoroso balanço da situação e das políticas sociais no Brasil dos últimos vinte anos. Tal, entretanto, não foi o objetivo deste trabalho. Referido especificamente ao ano de 1985, recorreu-se a análises retrospectivas quando isto se fez indispensável para a apreensão de tendências.

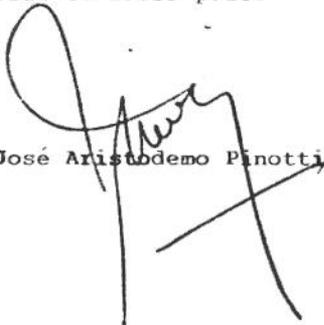
Em segundo lugar, optou-se pela análise de informações de corte nacional e das políticas federais. A dimensão nacional é o ponto de partida deste Relatório, não só porque de fine o quadro geral que preside os movimentos regionais, estaduais e municipais, como permite uma incorporação posterior dos outros níveis de análise, de caráter mais local.

São enormes e de distintas ordens as dificuldades enfrentadas em um trabalho desta natureza. Infelizmente as estatísticas brasileiras são precárias e sua divulgação é lenta.

Nossa realidade social, na sua globalidade, é escassamente estudada, muito embora exista uma animadora quantidade de análises sobre aspectos específicos da estrutura social. Por outro lado, dispõe-se de alguma informação sobre as políticas de governo na área social, mais que de diagnósticos dos quadros de carências e demandas. Além disso, praticamente inexistem avaliação dos efetivos resultados das políticas.

Relatórios como esse, de caráter pioneiro no Brasil, são já clássicos em vários países, cabendo aqui destacar o italiano - Rapportto sull'a situazione sociale del paese, publicado pelo Censis, que inspirou as linhas mestras adotadas no trabalho que apresentamos.

Sinto-me, como Reitor desta Universidade, orgulhoso desta iniciativa que, inegavelmente, contribui para ampliar e aprofundar o debate sobre a questão social em nosso país.



José Aristodemo Pinotti

INTRODUÇÃO

Iniciar uma série de relatórios anuais sobre a situação social de um país é tarefa muito difícil. As tendências que se desenvolvem ao longo de um ano enraizam-se no passado e, de modo geral, ultrapassam o período analisado. Por outro lado, é problemático captar, na mais extrema contemporaneidade com os fatos, a emergência de fenômenos novos que anunciam rupturas com padrões anteriores de comportamentos, expectativas, modos de vida, valores individuais e coletivos. O cotidiano, aparentemente rotineiro, está sempre saturado pelo movimento profundo da transformação social. A sociedade muda dia a dia, seu processo de transformação está sempre em ato, e fenômenos que aparecem como explosões, alterações de curso, traduzem mudanças anteriores, aprofundam e aceleram as transformações futuras. No longo prazo, torna-se possível para o analista estabelecer os cortes históricos que assinalam modificação de conjunturas ou de padrões estruturais. Dentro de um ano civil, como podemos identificar e distinguir o que já existe e tende a se esgotar? O amadurecimento de tendências anteriores? Ou ainda o novo?

Essas dificuldades universais, próprias de estudos como os que apresentamos, agravam-se muito quando se trata do Brasil no ano de 1985 - conjuntura particularmente rica e difícil para o estudo da situação social do país. Primeiro governo civil, após vinte anos de autoritarismo militar; fixação

da convocação da Assembléia Nacional Constituinte; supressão dos piores institutos políticos legados pelo regime anterior; amplo reconhecimento da pesada dívida social e compromisso prioritário do governo com seu resgate - tais fatos, entre tantos outros, manifestando no plano legal-institucional a transformação profunda da sociedade brasileira, têm sua origem nas sucessivas ondas de afirmação da vontade popular por participação, resgate e ampliação dos direitos de cidadania, nas campanhas pela anistia e por eleições diretas, enfim, no movimento social que abalou e pôs em cheque o regime militar. Captar, na sua riqueza todo este processo, das suas origens às formas novas através das quais avança no ano, sob novas condições institucionais, é uma das dificuldades que enfrenta o analista. Outra é a de apreender o sentido do movimento de transformações incessantes, que se desenrolam no dia-a-dia de todo o ano de 1985. O vigoroso dinamismo do tecido social, que se mostra aqui e acolá em movimentos sociais de toda espécie, vez ou outra deixa também transparecer que novas formas de organização e participação foram e estão sendo gestadas, introduzindo energia nova às já existentes.

A dupla temporalidade que preside a dinâmica social ao longo deste ano representou, a nosso ver, a maior dificuldade para a compreensão de suas características. Operam em tempos diferentes e paralelos as demandas e a vontade de proceder a mudanças urgentes, de um lado, e de outro, o anseio por transformações profundas, por uma completa reversão da condução das políticas econômicas e sociais do país. Em outras palavras, o tempo social e político posto pelo início da Nova República não é homogêneo, é um tempo duplo. Uma é a medida temporal das transformações imediatas, possíveis, que expressam o consenso mínimo de uma nova vontade política. Outra é a temporalidade com que tem de conviver a sociedade na busca do consenso, quando se mobiliza por mudanças estruturais, de longo prazo, que deverão abrigar-se nos institutos legais duradouros a serem definidos pela Constituinte. Grande é o risco da perda dessa dupla dimensão temporal quando se procede à avaliação da conjuntura social. Pode ocorrer que a interpretação dos fenômenos sociais de 1985, mais que a de outros, avalie o tempo não como uma medida efetiva da transformação, antes como

a explicitação da esperança subjetiva, dos desejos, frustrações, medos, sentimentos que acompanham sempre as intensas expectativas de transformações plenas e radicais. Expressões como "nada mudou", "o novo é igual ao velho", "pouco se fez", "mudanças já", "é tempo de emergência", "não há mais tempo" - são todas elas coerentes com a perspectiva subjetiva e política de uma sociedade extremamente carente, de novos governantes ou de partidos e políticos obrigados a operar, eles também, sob a injunção dessa dupla chave de tempo, mais ainda quando premidos pelo jogo eleitoral. Mas aquelas expressões podem ser bastante incoerentes, seja com as mudanças que realmente estão em curso, seja com o tempo necessariamente mais lento no qual a sociedade, em mobilização intensa, busca a construção democrática do consenso sobre os pilares permanentes com os quais edificará seu futuro.

A consciência dessas dificuldades e mesmo do risco de não poder superá-las de modo pleno não poderia, entretanto, constituir obstáculo a que se empreendesse o exame pretendido.

Nos primeiros anos da década de 80, já avançada a crise política e mergulhado o país em grave recessão econômica, três questões sobressaíam no debate nacional: democratização, dívida externa e dívida interna. O avanço do processo de democratização em 1985 colocou em pauta uma outra questão - a dívida social e o seu resgate. O início do reordenamento democrático do país obrigou a que se encarasse de maneira prioritária a questão social, em particular os dramáticos problemas da pobreza absoluta que afetam cerca de 40% da população brasileira.

Na verdade, são ainda pouco conhecidos os efetivos níveis de miséria em que vive praticamente metade dos brasileiros. Será necessário algum tempo para que sejam formulados diagnósticos precisos sobre as carências básicas de alimentação e nutrição, saúde, educação, habitação, saneamento e transportes coletivos. Porém, tempo algum pode ser perdido quando se trata de intervir com urgência e determinação sobre uma situação mais que evidente: a de que a maioria da população passa fome, está irremediavelmente desnutrida, mora em condições

indignas, tem pouco acesso à escola e aos programas de atenção à saúde - quadro de miséria que se mostra tanto mais escandaloso quanto se conhece o grau de riqueza que a sociedade brasileira já atingiu.

A perversidade social do padrão de desenvolvimento econômico ocorrido sob a égide dos governos militares não apenas impediu que fossem minoradas as históricas condições de pobreza do país; antes introduziu e reforçou os mecanismos de reprodução da miséria e da desigualdade social, aprofundados pela crise econômica que se abriu ao final dos 70.

Herdamos dos anos de autoritarismo um dos padrões mais iníquos de distribuição da riqueza. A concentração da renda, entre os anos 60 e 80, é flagrante: os 20% mais pobres tiveram sua participação na renda reduzida de 3,9% para 2,8%, enquanto os 10% mais ricos passaram de uma participação de 39,6% para 50,9%. E essa tendência acentuou-se no início dos anos 80: se em 1960 os 50% mais pobres da população economicamente ativa detinham 16% da renda total, em 1980 esta participação declinou para 14,4% e, em 1983, para 12,4%.

Vista a situação do ângulo da pobreza absoluta, o quadro revela-se muito mais grave. Em 1980, 60% das famílias tinham rendimentos de até 3 (três) salários mínimos e 42% estavam na faixa de rendimento de até meio salário mínimo; em 1984, 11,6 milhões de famílias tinham rendimentos de até 2 (dois) salários mínimos, ou seja, 37,6% do total de famílias.

Numa sociedade em que os direitos sociais mais elementares não estão assegurados, o processo de democratização não tem como eludir o enfrentamento desses problemas, para que se constituam plenamente as bases da cidadania.

O discurso político do governo que se iniciou em março de 1985, obrigado a conceber a necessária relação entre democracia e direitos sociais, pôs como núcleo dos seus compromissos a prioridade social, em particular o combate imediato à fome e ao desemprego.

No equacionamento da política econômica, a Nova República obedeceu aos princípios da retomada do crescimento e da ampliação dos gastos sociais, colocando em novos termos a

relação entre política econômica e social. Em primeiro lugar, é inegável a existência de uma relação geral e objetiva entre elas. No capitalismo dos nossos tempos, sua interpenetrabilidade faz que, dada uma certa concepção de desenvolvimento econômico, sejam simultaneamente fixados os parâmetros mais gerais de ambas. Esta relação, porém, não é automática e permite uma gama de alternativas. Nas duas décadas de autoritarismo, em que pesem as diferenças entre os governos, concebeu-se sempre a relação solidária entre as políticas econômica e social como a plena subordinação da segunda à primeira. A inegável ampliação da intervenção social do Estado ocorrida naquele período, com aumento dos graus de cobertura e multiplicação de programas de corte assistencial, obedeceu àquela norma mais geral.

Ao comprometer-se com a retomada e o desenvolvimento da economia - e não com a recessão -, a Nova República expressou na prática sua disposição em não permitir o agravamento da miséria e do desemprego, inibindo a tendência anterior de acentuação da crise social. Ao mesmo tempo, a decisão de ampliar os gastos sociais e implementar, ainda que timidamente, alguns programas considerados de emergência, reforçou a intenção de conferir centralidade à política social, alterando sua posição subordinada anterior.

É importante esboçar os traços essenciais da dinâmica e da política econômica durante o ano de 1985, para melhor compreender o quadro em que se moveram as políticas sociais.

A recuperação da economia, que tem início no segundo semestre de 1984, sob o estímulo das exportações de manufaturados, avança para o ano de 1985, agora assentada na expansão do mercado interno. Isso foi possível porque o crescimento apoiado nas exportações teve efeitos dinâmicos no conjunto da economia, elevaram-se a taxa de emprego e os salários reais, e, principalmente a partir do segundo semestre de 1985, a orientação da política econômica respaldava o crescimento da produção industrial. Essa última, ao longo do ano, cresceu 8,45% em relação a 84, basicamente pela ampliação das margens de ocupação de capacidade ociosa pré-existentes. O nível de emprego

iniciou sua recuperação, crescendo 5,6%; a taxa de emprego no mercado formal urbano se elevou em 11,55%, e a massa de salários em 12,3%, enquanto o salário real teve um crescimento médio de 6,3%.

Após a superação do impasse existente no seio do governo entre uma perspectiva recessionista e propostas de recuperação e crescimento (o que tendeu a paralisar as decisões no primeiro semestre), a política econômica passou a adquirir contorno mais nítido, nos últimos meses do ano.

Ao se lograr o afastamento do Fundo Monetário Internacional das decisões referentes à renegociação da dívida externa, foi possível negociar diretamente com os bancos credores, o que permitiu, entre outras coisas, a rolagem da dívida de médio e longo prazo, a manutenção dos créditos comerciais de curto prazo e uma redução do spread médio. Mas o afastamento do FMI significou, sobretudo, a possibilidade de autonomia na definição da política econômica, liberada agora das prescrições sabidamente recessionistas daquele organismo.

Excluída a terapia de corte do gasto público como forma fundamental de sanear as contas do Estado, abriu-se espaço para um novo diagnóstico do déficit público, enfatizando o aspecto financeiro do desequilíbrio. Essa avaliação da natureza do déficit rejeita a idéia de cortes indiscriminados nas despesas do Estado e permite que se mantenham e ampliem gastos governamentais considerados prioritários - os sociais e os que objetivam estimular o crescimento econômico. A solução dos desequilíbrios das contas públicas é remetida para as condições de pagamentos da dívida externa, de redução das taxas internas de juros e, finalmente, da transformação da estrutura tributária.

A reforma tributária, aprovada pelo Congresso em fins de 85, iniciou a recomposição da capacidade financeira do Estado. Mas teve também a intenção de conformar uma estrutura tributária menos regressiva, primeiro passo no sentido da alteração da distribuição extremamente concentrada da renda. Foi ampliada a faixa de isenção tributária para os grupos de mais baixa renda, procedeu-se à redução da carga fiscal que incide sobre assalariados de menor poder aquisitivo, elevou-se a

carga sobre as empresas de maior rentabilidade e sobre os ganhos financeiros, foi contemplado o estímulo aos investimentos produtivos ao se permitir a depreciação acelerada dos equipamentos a serem adquiridos em 86 e 87.

Nessa breve revisão, resta destacar um problema fundamental: a inflação. O ano de 1985 já começara com alta taxa inflacionária. A indexação generalizada da economia brasileira mantinha os preços inflexíveis para baixo e, como ocorreu, a qualquer choque adverso conduzia a taxa inflacionária para um patamar superior. Ao longo do ano, um conjunto de medidas anti-inflacionárias foi sendo definido. Destacam-se principalmente a administração moderada dos preços públicos, o controle de preços de alguns produtos pelo Conselho Interministerial de Preços e, a partir de setembro, o estabelecimento de acordos com os setores empresariais, a importação de alimentos, a redução da taxa de juros e o disciplinamento do crédito ao consumo. Pode-se captar um dos sentidos dessas medidas: tratava-se de estabilizar o nível de preços para, em seguida, conseguir sua gradativa redução. As explosões da taxa inflacionária de agosto, novembro e dezembro e as pressões provocadas pela quebra da safra agrícola indicaram, ao fim do ano, a passagem para um patamar superior de inflação, estimado em mais de 300% ao ano, apontando também a insuficiência dos mecanismos de controle vigentes, face à profundidade do processo inflacionário. O ano encerrou-se sem que medidas mais audaciosas de controle da inflação fossem adotadas - o que apenas se efetivou com o Plano de Estabilização da Economia, de 28 de fevereiro de 1986.

É inegável, porém, que algumas medidas encaminhadas ainda no segundo semestre de 1985, tais como a redução da taxa de juros e a reforma tributária, formuladas no quadro do novo estilo de encaminhamento das negociações externas, iniciaram o processo de saneamento das finanças públicas, estabeleceram uma base mínima para a manutenção do gasto estatal, disciplinaram o consumo, tenderam a estimular o investimento com resultados que, somados às medidas encaminhadas nos dois primeiros meses de 86, constituíram as pré-condições do Plano de Estabilização.

Dadas as linhas mestras da política econômica,

tratemos das propostas mais gerais da política social federal, destacando o duplo nível de tratamento que a área social de intervenção do Estado sofreu ao longo do ano. Concebeu-se e iniciou-se a implementação de um programa social de emergência, destinado ao combate imediato à pobreza. Ao mesmo tempo, o aparelho social do governo, através de ainda poucas modificações de monta, abriu-se para análises e diagnósticos mais profundos, sorte de questionamento do padrão de proteção social prevalente no país, sorte também de sensibilização para o movimento no mesmo sentido que a sociedade já iniciara há tempos.

A ação do governo central no combate à pobreza começou a ser definida pela COPAG-Comissão para o Plano de Governo - em fevereiro de 85, em documento intitulado "Subsídios para a Ação Imediata contra a Fome e o Desemprego". Reiterando que "a adoção de medidas de emergência contra a fome e o desemprego constitui compromisso expresso do futuro governo", propôs basicamente a racionalização de programas, órgãos e recursos já existentes, de um lado, e de outro, a reorientação de gastos públicos no sentido de elevar o emprego e, ao mesmo tempo, atender às necessidades dos grupos de mais baixa renda. Identificou as possíveis fontes de financiamento para o plano de emergência e destacou as áreas da alimentação e do emprego, assim como a região do Nordeste, como prioritárias para a ação governamental imediata e não rotineira. Do ponto de vista operacional, sugeriu uma divisão do trabalho, coordenada, entre diferentes ministérios, estados e municípios.

A tradução dessa proposta em plano de ação deu-se em junho de 85, com a publicação do programa Prioridades Sociais para 1985. Prevendo recursos da ordem de 11 trilhões de cruzeiros, destinou-se 3,5 trilhões para a alimentação popular - Programa de Abastecimento Popular-PAP; Programa de Nutrição em Saúde; Programa Nacional de Alimentação Escolar e Reforço Alimentar ao Programa de Creches. Recursos da ordem de 5 trilhões foram previstos para programas de emprego acoplados à ampliação da rede básica de infra-estrutura e serviços urbanos, tais como os de saúde, escolas, presídios, etc. Finalmente, para a região nordestina, foi prevista a aplicação de cerca de 3 trilhões em programas de irrigação, apoio ao pequeno produtor, educação, saúde e saneamento básico no meio ru-

ral, além de um programa específico para as áreas atingidas pelas enchentes.

Não foram publicadas informações sobre a alocação efetiva de recursos nem sobre as metas de cobertura atingidas pelos distintos programas. Existem indicadores que, embora precários, demonstram resultados muito aquém dos planejados, revelando os recorrentes problemas de coordenação da ação governamental, de inércia da máquina administrativa, assim como os de controle e avaliação. A reativação do Conselho de Desenvolvimento Social, órgão que estaria à testa da coordenação, não se efetivou, e a criação, junto à Presidência da República, da Secretaria de Assuntos Comunitários não supre as exigências de compatibilização e supervisão dos programas.

Em dezembro de 85, junto com a Reforma Tributária, foi aprovado o plano de Prioridades Sociais para 1986. Além das áreas e programas já indicados no Prioridades-85, foram acrescentados dois novos: o Programa do Leite, destinado a crianças carentes de até 7 anos, e o Programa de Medicamentos e Imunobiológicos, prevendo a distribuição gratuita de 40 medicamentos essenciais destinados a uma população carente calculada em 30 milhões de pessoas. No que se refere a recursos, foram previstos 76 trilhões de cruzeiros para financiar o programa do ano de 1986.

Os programas de Prioridades Sociais têm sido criticados pelo fato de que, aparentemente, não passam de consolidação de recursos orçamentários já previstos. Entretanto, a própria consolidação, ampliando a visibilidade das ações sociais de emergência, constitui avanço, quando se recorda a opacidade e dispersão dos programas sociais do passado. É inegável, por outro lado, o volume tímido de recursos destinados às ações emergenciais, quando se calcula o grau de carências da população, embora tenha havido entre os programas de 85 e 86 um acréscimo mais que proporcional dos recursos. Finalmente, parece certo que se não forem tomadas medidas corajosas para a agilização da máquina administrativa, para a liberação dos recursos e para a introdução de mecanismos efetivos de avaliação e controle, o Plano de Prioridades Sociais de 1986 enfrentará sérias e conhecidas dificuldades.

Cabe refletir sobre uma questão fundamental que deve ser levada em conta na concepção de programas de emergência, tais como o de Prioridades Sociais, quando se reflete sobre as características das condições de miséria com que convivemos. Programas de emergência de combate à pobreza têm de considerar prioritariamente duas ordens de questões, sob pena de serem ineficazes e inefetivos: de um lado, é indispensável que procedam a uma precisa identificação social e espacial da clientela que pretendem atingir; de outra parte, requerem-se mecanismos operacionais inovadores que permitam de fato atingir a clientela. Isto porque a parte da população destituída e pobre é na verdade prisioneira do círculo férreo da privação, e sobre ela tendem a operar de forma precária e ineficaz as políticas sociais, mesmo aquelas especificamente destinadas a minorar a pobreza. Quase por definição, a população pobre não tem acesso a mecanismos formais e institucionais através dos quais são realizados os programas. Por exemplo, programas de reforço alimentar operados via merenda escolar - fundamentais - deixam de atingir 8 milhões de crianças em idade escolar que, entretanto, não vão à escola. Mais ainda, são conhecidas as imensas dificuldades de se atingir, via mecanismos tradicionais, as populações mais carentes da área rural. Convém destacar a tentativa iniciada pela Secretaria de Assuntos Comunitários, quando optou pela mobilização da rede de associações comunitárias para desenvolver o Programa do Leite. A inovação é interessante, ainda que permaneçam problemas de controle do Programa e de sua defesa contra o assédio político-eleitoreiro.

No ano de 85, como já se disse, acelerou-se também a discussão de questões mais estruturais das políticas sociais já existentes; em outras palavras, no interior do aparelho estatal houve mobilização e esforços no sentido de avaliar e rever o padrão de proteção social vigente no país. O que esteve e está em jogo é a reorganização do sistema brasileiro de proteção social, dos seus princípios e pilares básicos, responsáveis pela inefetividade das políticas sociais; a multiplicidade e superposição, assim como a baixa cobertura de muitos dos programas; as distorções aberrantes da organização e funcionamento do aparelho burocrático; as formas socialmente injustas de financiamento do gasto social.

O perfil da intervenção social do Estado, que se desenhou nos últimos vinte anos e com o qual se convive ainda, foi naturalmente coerente com o padrão excludente de desenvolvimento econômico daquele período. É possível destacar os princípios que regeram sua estruturação: a extrema centralização política e financeira, a fragmentação institucional, a auto-sustentação financeira, a inexistência de participação social e política nos processos decisórios e, enfim, a privatização das políticas governamentais.

A centralização a nível federal tanto das decisões quanto dos comandos financeiros significou, de um lado, a "desapropriação" dos instrumentos de ação social dos Estados e Municípios, via redução de sua capacidade financeira; por outro lado, manifestou-se na redução das ações a cargo da administração federal direta e em sua substituição por grandes complexos organizacionais, dotados de crescente poder de intervenção e de ampla capacidade de geração de bens e serviços sociais; os exemplos mais conhecidos são o Sistema Financeiro de Habitação-BNH e o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social.

A esta centralização correspondeu, paradoxalmente, uma imensa fragmentação institucional, com a multiplicação de autarquias, fundações, empresas estatais. Graves foram as conseqüências daqueles processos: crescente incapacidade de formular e implementar políticas gerais para cada setor, impossibilidade de estabelecer uma política social de corte nacional, ausência de mecanismos de controle, formidável inoperância administrativa e abertura de espaços para a inserção de interesses particularistas e para a corrupção.

Esse processo de centralização e fragmentação, ao bloquear a participação social e política nos processos decisórios, suprimiu as formas mais eficazes de controle público e do cidadão sobre os destinos da proteção social no país.

A regra do autofinanciamento dos serviços urbanos e sociais - habitação, saneamento básico, transportes urbanos, iluminação, limpeza pública - implicou a definição de fundos específicos para cada setor e a subordinação da avaliação dos projetos ao critério de rentabilidade. Essa concepção

gerencial, além de agravar a iniquidade, promoveu distorções comprometedoras do destino social do gasto; exemplo clássico é o do BNH, que privilegiou habitação em detrimento de saneamento, e habitação de alto custo em detrimento de habitação popular. Também as áreas sociais onde não se pressupunham contribuições diretas, tais como educação e saúde, sofreram impactos dessa concepção, na medida em que houve progressiva redução dos aportes orçamentários da União. Finalmente, em decorrência do princípio de auto-sustentação financeira, foram privilegiados os gastos em investimentos e desconsideradas as despesas de manutenção e custeio.

A privatização das políticas sociais mostrou sua face tanto na abertura do aparelho burocrático ao assédio de grupos privatistas quanto pela articulação entre o aparato de governo e o setor privado produtor de serviços ou fornecedor de bens. Outro aspecto da privatização foi o crescimento da rede privada de ensino e saúde, dado o declínio da participação do Estado nestas áreas e, em consequência, a deterioração das redes públicas.

A análise do padrão de proteção social passa necessariamente pela identificação da natureza social do financiamento das políticas, de modo a avaliar os graus de transferências ou de solidariedade presentes no sistema. São quatro os tipos de recursos que, até agora, têm financiado as políticas sociais. Em primeiro lugar, parte dos recursos fiscais do Estado - e, portanto, contribuição de toda a sociedade -, embora não tenham necessária destinação à área social. Esse tipo de recurso decresceu muito nos últimos vinte anos, como atestam as baixíssimas participações, no orçamento da União, dos orçamentos dos Ministérios da Saúde e da Educação. Em segundo lugar, estão os recursos compulsoriamente recolhidos e vinculados a programas de base contributiva: os segmentos da população que contribuem, adquirem "direitos" a certos benefícios, conformando, portanto, as modalidades de seguro social típicas dos benefícios e serviços previdenciários. Em terceiro lugar, os recursos arrecadados através de contribuições compulsórias expressamente destinadas a gastos sociais que não constituem precisamente tributos, mas assemelham-se a receitas fiscais. Nesse terceiro grupo incluem-se o FINSOCIAL, o salário-educação, a

arrecadação proveniente das loterias, etc. Finalmente, aquelas contribuições, também compulsórias, pagas pela empresa em nome de "direitos" dos trabalhadores, que deveriam constituir patrimônio dos assalariados. O FGTS e o PIS-PASEP, por exemplo, constituem fundos cuja aplicação está vinculada aos programas geridos pelo BNH.

Dadas tais fontes de financiamentos, vale ainda aprofundar a reflexão sobre o modo pelo qual a sociedade brasileira tem arcado com os custos e usufruído das políticas sociais.

Esse financiamento recai obrigatoriamente sobre os assalariados, penalizando os de mais baixas rendas. Isso, mais o caráter regressivo da estrutura tributária e a lógica empresarial que orientou até hoje a alocação dos recursos, leva a que em muitos casos, mesmo pagando pelos serviços, a população assalariada não os receba. Dessa forma o gasto social pouco funciona como mecanismo de redistribuição indireta da renda. O mesmo se mostra com mais nitidez quando se levam em conta as contribuições das empresas, que são, em regra geral, repassadas aos preços: são os consumidores que efetivamente arcam com estas parcelas de recursos. Mais uma vez, observa-se a inexistência de transparência da relação entre o público que aporta recursos e clientelas específicas que eventualmente se beneficiam dos gastos.

Tal padrão de financiamento, assentado sobretudo na relação salários-contribuições-benefícios, além de ferir princípios básicos de equidade social, confere às receitas alto grau de sensibilidade às oscilações da atividade econômica. Os níveis de arrecadação tendem a cair nas fases recessivas, com o desemprego e a contenção salarial, exatamente no momento em que se elevam as demandas sociais. Por outro lado, nas fases de expansão econômica não se observa proporcionalidade na elevação das receitas de contribuição em relação ao crescimento geral da riqueza.

Sobram razões, do ponto de vista puramente econômico, para a revisão profunda desse padrão das políticas sociais. Do ponto de vista da justiça social, essa revisão se impõe com urgência.

Não são menos complexos os problemas que afetam o sistema de proteção social, quando vistos sob a ótica do perfil e funcionamento das instituições que operam a intervenção social do Estado. A centralização e fragmentação institucionais introduziram caos e desordem nas organizações burocráticas do aparelho social do Estado, o que obviamente vem comprometendo a efetividade e eficácia das políticas.

No período recente, mais do que restrições orçamentárias, foi o padrão distorcido da natureza dos recursos e de sua aplicação que mais prejudicou as ações sociais de governo. É sabido que o tempo entre alocação e liberação dos recursos e sua efetiva aplicação tem ido além de qualquer limite tolerável, acarretando erosão financeira de 50 a 60% em média - o que mais uma vez revela como é descontrolada, caótica e emperrada a máquina burocrática. O "passeio dos recursos" no interior do aparelho do Estado pode durar 60 ou 360 dias!

O espectro dos programas sociais no Brasil é hoje bastante amplo. Teoricamente, estariam asseguradas as necessidades básicas dos trabalhadores e suas famílias, frente aos riscos de perda relativa da renda, desde o nascimento até a morte, passando por alimentação, nutrição, habitação, além de saúde e educação. Excetuava-se, até o encerrar-se o ano de 1985, o seguro desemprego. Levantamento recente identificou em 1984 a existência de 93 programas sociais, incluindo os de caráter assistencial destinados às populações de baixa renda mas sem considerar as iniciativas a cargo dos Estados e Municípios, particularmente abundantes nos primeiros anos da década.

Apesar dessa extensão dos serviços e benefícios sociais, vale ressaltar desde logo os reduzidos valores dos benefícios e a baixa qualidade dos serviços prestados. Para ilustrar essa afirmação, basta lembrar que, em valores do final de 1985, o salário-família, fixado em 5% do salário-mínimo, correspondia a 30 mil cruzeiros mensais, e são mais do que conhecidos os problemas de qualidade do atendimento médico previdenciário.

Também os programas sociais padecem de uma dupla superposição, seja nos seus objetivos, seja, muitas vezes, em relação à clientela que pretendem atender - o que expressa a

irracionalidade da política social, formulada e posta em prática por uma máquina imensa, pouco ágil, extremamente cara, descoordenada e desproporcionalmente sofisticada. Esse conjunto de problemas presentes nos incontáveis órgãos, comissões e conselhos responsáveis pela política social não têm sido até agora decididamente enfrentados e, como se sabe, têm comprometido muito os resultados das políticas, socialmente pífios quando avaliados por qualquer critério.

De um ponto de vista mais estrutural, ou seja, no plano dos princípios organizadores do perfil da política social brasileira, 1985 não registrou transformações significativas. Continuam intactos os parâmetros referentes à estrutura de financiamento, às formas organizacionais e aos problemas de coordenação e controle. Contudo, vale repetir, foi um ano marcado por intenso debate, agora nas estruturas federais, sobre as questões referentes ao próprio padrão de proteção social brasileiro. Inexoravelmente, a democratização no âmbito das políticas sociais impõe o reordenamento daquele modelo e a construção de um perfil de políticas presidido por princípios de justiça social, por isso mesmo transformado em eficaz mecanismo de promoção de maior igualdade e desenvolvimento social.

CAPÍTULO 1

EMPREGO E RENDIMENTOS

EMPREGO E RENDIMENTOS: BRASIL E REGIÃO METROPOLITANA DE S. PAULO - 1985

Para se avaliar o desempenho da economia brasileira em 1985 quanto ao emprego, é necessário referir-se ao período de recessão recente (81-83). Se desde 1973, na fase de reversão cíclica, já se podia sentir uma redução nos níveis de crescimento do emprego, foi somente a partir do 2º semestre de 1980 - quando a recessão se instalou definitivamente - que começaram a reduzir-se drasticamente os níveis absolutos do emprego industrial.

A permanência do que se convencionou chamar desemprego estrutural, em conjunto com a inexistência de Políticas Sociais de Emprego por parte dos poderes públicos, tornaram a crise mais aguda e seus efeitos muito mais profundos sobre o conjunto da população. De fato, a introdução de políticas recessivas no combate à crise, a partir de 1980, teve conseqüências não apenas na evolução do emprego e no crescimento das taxas de desemprego mas, sobretudo, no agravamento das já deterioradas condições de vida e de trabalho dos indivíduos que permaneceram ocupados.

Entre 1980 e 1983 o número total de ocupados não diminuiu em termos absolutos, mas alterou-se a sua composição setorial, tendo caído em termos absolutos e relativos o número de ocupados no setor industrial. Simultaneamente, reduziu-se o número de empregados com carteira de trabalho no Setor Industrial e na Construção Civil, e aumentou o número de empregados

sem carteira.

Em 1984 já se vislumbrava uma inflexão no comportamento do mercado de trabalho, e em 1985 - pela primeira vez desde 1980 - este apresentou-se francamente positivo. A carência de informações adequadas limita a análise ao mercado de trabalho urbano, que foi, no entanto, o mais afetado pela crise e recuperação do nível de atividade econômica.

1. Comportamento do Emprego no Brasil em 1985

As informações fornecidas pelo Ministério do Trabalho, a partir do Cadastro Geral de Empregados e Desempregados (Lei 4923), dão um quadro muito positivo da evolução do emprego formal urbano no Brasil no ano que passou. Ressalte-se que essas informações são preliminares e que, dada a incorporação de novas empresas sem cadastro anterior, podem estar superestimadas. Caso essas novas empresas fossem excluídas, os dados de emprego, então subestimados, ver-se-iam reduzidos em cerca de 50%.

De fato, durante o ano de 1985 teriam sido criados mais de 2.100.000 empregos no país, representando um crescimento de 11,55% que teria sido capaz, pela primeira vez nos últimos anos, de superar o contingente de novos ingressos no mercado de trabalho (1,7 milhão). Paulo Paiva¹ observa que a PEA brasileira poderá saltar de 39,2 milhões de trabalhadores em 1980 para 73,3 milhões no ano 2000, implicando, assim, em um aumento de 34,1 milhões de novos trabalhadores, ou seja, na necessidade de geração de 1,7 milhão de novos empregos a cada ano.

Tomando-se a evolução do emprego segundo setores de atividade econômica e ramos industriais (Quadro 1) verifica-se que tanto a Indústria de Transformação como o Comércio e os Serviços cresceram intensamente.

A Indústria, com 13,6% de crescimento do emprego, participou com mais de 31% do total de empregos gerados. As atividades industriais que mais se destacaram pela elevação do número de ocupação foram: Mecânica (20,5%); Borracha, Fumo, Cou-

(1) In "Cinquenta anos de crescimento populacional e absorção de mão-de-obra no Brasil: de 1950 a 2000". CEDEPLAR, UFMG, B.H., 1984.

QUADRO 1

BRASIL - 1985 - EMPREGO FORMAL URBANO, SEGUNDO SETORES DE ATIVIDADE ECONÔMICA E RAMOS INDUSTRIAIS

	TOTAL DE EMPREGADOS EM 31/12/85	TOTAL DE EMPREGADOS EM 01/01/85	VARIACÃO ABSOLUTA	VARIACÃO RELATIVA	PARTICIPAÇÃO RELATIVA DO TOTAL DE EMPREGOS CRIADOS	PARTICIPAÇÃO NO TOTAL DE EMPREGOS EM 31/12/85	PARTICIPAÇÃO RELATIVA NO EMPREGO EM 01/01/86
INDÚSTRIA DE TRANSFORMAÇÃO	5.537.366	4.875.822	661.544	13,57	31,37	27,20	26,71
· Indústria de Prod. Metais não-metálicos	304.723	259.832	44.891	17,28	2,13	1,50	1,42
· Indústria Metalúrgica	655.595	59.197	596.398	9,92	2,80	3,22	3,27
· Indústria Mecânica	394.775	327.660	67.115	20,48	3,18	1,94	1,79
· Indústria do Material Elétrico e de Com.	304.187	273.421	30.766	11,25	1,46	1,49	1,50
· Indústria do Material de Transporte	399.462	340.172	59.290	17,43	2,81	1,96	1,86
· Indústria da Madeira e do Mobiliário	384.441	330.028	54.413	16,49	2,58	1,89	1,81
· Indústria do Papel, Papelão, Editorial e Gráfica	347.123	308.552	38.571	12,50	1,83	1,70	1,69
· Indústria da Borracha, do Fumo, de Couros e Peles e Prod. Simil.	365.966	303.869	62.097	20,44	2,94	1,80	1,66
· Ind. Químicas, de Prod. Farm., Veter., Perf., Seguros, Veles e Mat. Plást.	508.544	459.536	49.008	10,64	2,32	2,50	2,51
· Ind. Têxtil, do Vestuário e Artesf. de Têxteis	809.564	705.620	103.944	14,73	4,93	3,98	3,87
· Indústria de Calçados	254.744	229.386	25.358	11,05	1,20	1,25	1,26
· Indústria de Prod. Alimentícios, Bebidas e Alcool Etílico	808.242	741.248	66.994	9,04	3,18	3,97	4,06
COMÉRCIO	2.975.308	2.627.266	348.042	13,25	16,50	14,61	14,39
SERVIÇOS	6.365.258	5.656.410	708.848	12,53	33,61	31,26	30,59
T O T A L (1)	20.359.754	18.250.947	2.108.807	11,55	100,00	100,00	100,00

FONTE: Cadastro Geral de Empregados e Desempregados - Lei 4.923.

(1) Inclui, além da Ind. de Transformação, Comércio e Serviços, os Serviços Industriais de Atividade Pública, Construção Civil, Administração Pública, Agricultura e Outros.

ros, Peles e Similares (20,4%); Material de Transporte (17,4%); Prods. Minerais não Metálicos (17,3%) e Madeira e Mobiliário (16,5%).

O Comércio teve menor participação no emprego total, mas também apresentou bom desempenho em 1985 (13,3%). O setor Serviços mostrou crescimento um pouco menor do emprego (12,5%), mas foi, em conjunto com a Indústria de Transformação, responsável por 65% do total de empregos urbanos gerados.

Em decorrência da importância da indústria na recuperação do ritmo de atividade da economia no país, verificou-se um comportamento bastante desigual do emprego nas diversas macro-regiões e Áreas Metropolitanas. O maior crescimento do emprego ocorreu na região Sudeste (13,1%), destacando-se também o Nordeste (11,5%). Em outras regiões cresceu menos, e no Norte chegou a diminuir.

Quanto às Áreas Metropolitanas, destaca-se sua evolução em Belo Horizonte (19,4%) e São Paulo (13,2%), seguidas das áreas metropolitanas de Fortaleza (12,21%) e Curitiba (11,61%), (Quadro 2).

Verifica-se também que a participação da Região Sudeste no total de empregos criados no Brasil foi de 66%, sendo o Estado de São Paulo responsável por 38,5% e apenas a Grande São Paulo por 24,8%. Em outras palavras, relativamente à Região Sudeste, o Estado de São Paulo gerou 58,8% do total de empregos. Por sua vez, a Área Metropolitana participou com 63,8% dos empregos criados no Estado de São Paulo.

2. Mercado de Trabalho em São Paulo

Na falta de dados precisos sobre o mercado de trabalho a nível nacional, justifica-se o aproveitamento das informações sobre o comportamento de emprego e desemprego na Região Metropolitana da Grande São Paulo - seja pelo peso de sua produção, do nível de produtividade e emprego industrial no conjunto do país, seja por estar entre as que mais sofreram com a crise recente, bem como pela rapidez com que se recuperou quando da retomada da expansão econômica.

Como efeitos da crise e das políticas recessivas,

QUADRO 2

BRASIL - 1985 - EMPREGO FORMAL URBANO, SEGUNDO REGIÕES E ÁREAS METROPOLITANAS

	TOTAL DE EMPREGADOS EM 31/12/85	TOTAL DE EMPREGADOS EM 01/01/85	VARIACÃO ABSOLUTA	VARIACÃO RELATIVA	PARTICIPAÇÃO RELATIVA DO EMPREGO CRIADO	PARTICIPAÇÃO RELATIVA TOTAL DE EMPREGO EM 31/12/85	PARTICIPAÇÃO RELATIVA NO EMPREGO EM 01/01/85
Norte	631.478	632.223	- 745	- 0,12	- 0,03	3,10	3,46
Nordeste	2.944.305	2.641.525	302.780	11,46	14,36	14,46	14,47
Sudeste	11.990.247	10.598.043	1.392.204	13,14	66,02	58,89	58,07
São Paulo	7.041.216	6.228.692	812.524	13,04	38,53	34,58	34,13
Sul	3.664.875	3.336.895	327.980	9,83	15,55	18,00	18,28
Centro-Oeste	1.128.849	1.042.261	86.588	8,31	4,11	5,54	5,71
EAS METROPOLITANAS	10.735.728	9.666.145	1.069.582	11,07	50,72	52,73	52,96
Belém	218.156	247.265	- 29.109	- 11,77	- 1,38	1,07	0,26
Fortaleza	261.357	322.083	39.174	12,16	1,86	1,77	1,76
Recife	507.711	462.725	44.986	9,72	2,13	2,49	2,53
Salvador	596.295	548.215	48.080	8,77	2,28	2,93	3,00
Belo Horizonte	882.105	738.704	143.401	19,41	6,80	4,33	4,05
Rio de Janeiro	2.361.157	2.173.456	187.701	8,64	8,90	11,60	11,91
São Paulo	4.475.465	3.952.891	522.574	13,22	24,78	21,98	21,66
Curitiba	447.290	400.916	46.374	11,57	2,20	2,20	2,20
Porto Alegre	886.292	819.891	66.401	8,10	3,15	4,35	4,49
O T A L	20.359.754	18.250.947	2.108.807	11,55	100,00	100,00	100,00

ONTE: Cadastro Geral de Empregados e Desempregados - LEI 4.923; Ministério do Trabalho.

observaram-se quedas substanciais da renda per capita, da produção industrial e da arrecadação do ICM no Estado, e o mercado de trabalho viu-se duramente golpeado durante os anos 81-83. O nível de emprego industrial na Grande São Paulo em 1983, por exemplo, foi cerca de 21% inferior ao de 1980, o que equivaleu a uma perda de mais de 400.000 postos de trabalho somente na indústria. No Estado, observa-se que o índice de pessoal ocupado em 1980 alcançou 107,3 e reduziu-se em 1983 para 87,6. Em março de 1983, o desemprego alcançava mais de 1,1 milhão de indivíduos apenas na Grande São Paulo, equivalendo a uma taxa de desemprego de 17,4%, segundo pesquisa do DIEESE (1984).

O crescimento da economia, que já se observava em 1984, intensificou-se no ano seguinte, impulsionado sobretudo pela demanda interna de bens e serviços. Inversamente - como visto no item anterior -, quando a economia voltou a expandir-se, as mesmas regiões apresentaram importantes índices de recuperação da ocupação.

2.1. Crescimento da Ocupação e da População Economicamente Ativa (APEA) na Grande São Paulo

As alterações positivas no nível de ocupação só são capazes de reduzir o desemprego na medida em que seu crescimento seja mais intenso do que o crescimento da População Economicamente Ativa (PEA). Essa última congrega, além das pessoas ocupadas, os desempregados que perderam seus empregos e as pessoas que ingressaram no mercado de trabalho pela primeira vez, em função do crescimento vegetativo da população, dos fatores migratórios e da taxa de participação.

O crescimento da PEA urbana tem sido nas últimas décadas bastante superior ao crescimento do conjunto da PEA. Enquanto, entre 1970 e 1980, a PEA cresceu à taxa de 3,6% a.a. em termos nacionais, no Estado de São Paulo e na Grande São Paulo suas taxas anuais de crescimento foram de 5,0% e 5,8%, respectivamente.

Portanto, para que fosse reduzido o contingente de desempregados acumulado durante os anos de crise e recessão, supunha-se necessário um crescimento da ocupação de pelo menos 6% na Grande São Paulo, cerca de 450.000 novos postos de traba-

lho na Região Metropolitana, se mantido aquele comportamento da PEA. No entanto, durante a crise, também a PEA viu-se comprimida pela queda na oferta de postos de trabalho, retendo em situação de inatividade, parcelas ponderáveis da população em idade de trabalhar.

Frente aos primeiros sinais de recuperação, a PEA viu seu crescimento suplantar sua tendência recente: os resultados do ano de 1985 mostram que evoluiu em 7,2%, com um aumento de cerca de 477.000 pessoas.

O crescimento da ocupação ultrapassou sua tendência histórica e, na medida em que foi mais intenso que a PEA, reduziu em 15,3% o estoque de desempregados na Grande São Paulo. O Quadro 3, apresentado a seguir, evidencia que o total de ocupados na Grande São Paulo cresceu 10,3% em 1985, correspondendo à geração de 603.000 novos postos de trabalho. Somente no último trimestre o nível da ocupação na Região cresceu 2,1%, ou seja, foram gerados 136.000 novos empregos (Quadro 3).

O ritmo desse crescimento extraordinário da ocupação poderá, no entanto, enfrentar proximamente uma conjunção de fatores inibidores. A característica marcadamente capitalista-industrial da crise dos anos 81-83 e as políticas recessivas adotadas foram responsáveis por uma forte redução nos postos de trabalho ofertados pela indústria e demais setores e por uma importante ampliação da capacidade ociosa. Paralelamente, verificou-se neste período uma considerável ampliação da produtividade do trabalho, sobretudo através da introdução de inovações tecnológicas no processo produtivo. Com a recuperação verificada a partir de 1984 e intensificada em 1985, somente uma parte dos postos de trabalho perdidos teriam sido recuperados, enquanto o nível de atividade já seria superior ao de 1980, e boa parte da capacidade instalada voltou a ser utilizada.

O nível de atividade da indústria paulista, medido pela FIESP em outubro de 1985, já havia ultrapassado de muito o nível do mesmo mês de 1980 (134,5 e 120,5 respectivamente). Já os índices de pessoal ocupado apresentavam comportamento inverso: em outubro de 1985 continuavam inferiores a outubro de 1980 (97,4 e 108,0 respectivamente). Portanto, enquanto o nível de atividade subiu 11,6% entre outubro de 1980 e outubro de 1985,

QUADRO 3

ESTIMATIVA DO NÚMERO DE PESSOAS DESEMPREGADAS, OCUPADAS, ECONOMICAMENTE ATIVAS, INATIVAS
MAIORES DE 10 ANOS, TAXAS GLOBAIS DE PARTICIPAÇÃO E TAXAS DE DESEMPREGO TOTAL
GRANDE SÃO PAULO
1984-85

TRIMESTRES	DESEMPREGADOS		OCUPADOS		PEA Números Absolutos (Em 1000 Pessoas)	INATIVOS DE MAIORES DE 10 ANOS NÚMEROS ABSOLUTOS (Em 1000 Pessoas)	TAXAS GLOBAIS DE PARTICIPAÇÃO (PEA/PIA)	TAXAS DE DESEMPREGO TOTAL (DES/PEA)
	Números Absolutos (Em 1000 Pessoas)	Índice (Out/Nov/Dez = 100)	Números Absolutos (Em 1000 Pessoas)	Índice (Out/Nov/Dez = 100)				
Out/Nov/Dez	825	100,0	5.833	100,0	6.658	4.646	58,5	12,4
Nov/Dez/Jan	807	97,8	5.914	101,4	6.721	4.613	58,5	12,0
Dez/Jan/Fev	891	108,0	5.908	101,3	6.799	4.541	58,9	13,1
Jan/Fev/Mar	965	117,0	5.929	101,6	6.894	4.481	59,6	14,0
Fev/Mar/Abr	993	120,4	5.997	102,8	6.990	4.420	60,3	14,2
Mar/Abr/Mai	982	119,0	6.031	103,4	7.013	4.433	60,4	14,0
Abr/Mai/Jun	952	115,4	6.098	104,5	7.050	4.432	60,4	13,5
Mai/Jun/Jul	911	110,4	6.100	104,6	7.011	4.507	60,2	13,0
Jun/Jul/Ago	879	106,5	6.211	106,5	7.090	4.458	60,6	12,4
Jul/Ago/Set	848	102,8	6.215	106,5	7.063	4.516	60,5	12,0
Ago/Set/Out	829	100,5	6.253	107,2	7.082	4.527	60,4	11,7
Set/Out/Nov	755	91,5	6.300	108,0	7.055	4.584	60,3	10,7
Out/Nov/Dez	699	84,7	6.436	110,3	7.135	4.536	60,8	- 9,8

FONTE: SEP - Convênio: SEADE/DIEESE.

o nível de pessoal ocupado neste mesmo período ainda se apresentou negativo (-9,8%).

Assim, se por um lado o desempenho da indústria - determinado pela evolução da demanda interna - vem impulsionando decisivamente a criação de postos de trabalho, por outro lado se verifica que essa geração de emprego, dadas as inovações tecnológicas introduzidas no processo produtivo e o aumento da produtividade do trabalho, é ainda inferior à de 1980, apesar de o nível de atividade ser superior. Finalmente, cabe ressaltar que a utilização da capacidade instalada vem se mostrando bastante alta em vários ramos industriais - notadamente siderurgia e metalurgia, papel e papelão, petroquímica e têxtil - e que os indicadores existentes não apontam, ainda, para uma forte retomada dos investimentos. Recentemente o Conselho Superior de Economia da FIESP concluiu que os investimentos realizados "se limitam a pequenas melhorias em busca de maior produtividade e aperfeiçoamento do produto final e não para a aquisição de equipamentos para ampliação das empresas". Ainda que isto possa significar a tentativa de os empresários obterem do governo federal condições mais vantajosas que as atuais, os indicadores de retomada dos investimentos são ainda precários.

Em termos nacionais, entre 1960 e 1980 a elasticidade emprego-produto foi de 0,4, ou seja, para cada 1% de crescimento do PIB, o emprego ampliou-se em 0,4%. A incorporação dos avanços da Microeletrônica, da robotização, etc - podem implicar em uma maior redução da elasticidade do emprego em relação ao produto. A manutenção de seu crescimento em torno de 10% é, por si só, altamente improvável. Agregue-se a isso a proximidade do esgotamento da capacidade ociosa, acumulada durante a crise, em vários ramos industriais, a carência de indicadores que apontem com segurança uma consistente retomada dos investimentos e fatores sazonais que normalmente afetam o emprego nos primeiros semestres e criar-se-ão condições para não somente inibir o crescimento como também para expandir-se o estoque de desempregados. A ampliação do investimento público e o crescimento do emprego na Construção Civil, atualmente comprimidos, além da retomada dos investimentos privados, poderiam ter efeitos contrarrestadores.

O extraordinário crescimento do emprego em 1985

ocultou a problemática do desemprego e a dificuldade de o mercado de trabalho assegurar o emprego para todos os cidadãos economicamente ativos. Para que isto fosse possível, mantidas as condições de expansão da PEA na região, seria necessário manter-se por mais de 5 anos o crescimento da ocupação verificado em 1985, a fim de eliminar o desemprego existente hoje (cerca de 700.000). Alterações qualitativas das condições do mercado de trabalho requereriam retomada dos investimentos, expansão da capacidade produtiva e - na impossibilidade de o mercado assegurar o trabalho a todo cidadão - intervenção definitiva do Estado através de Políticas Sociais e de Emprego capazes de atender os desempregados e o contingente crescente de pessoas que ingressam periodicamente no mercado de trabalho.

2.2. Características da Ocupação em 1985

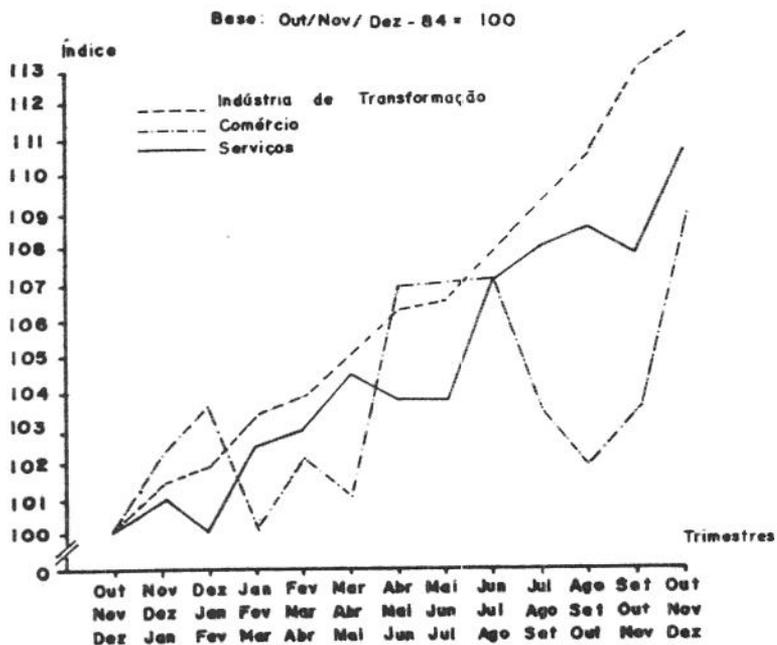
Apesar de não haver alteração significativa da participação relativa da Indústria de Transformação no total da ocupação, esse setor foi responsável por 42,8% dos novos empregos gerados entre o período de outubro a dezembro de 1984 e 1985. O Setor Serviços, que manteve sua participação relativa, respondeu ao mesmo tempo por 41,5% da elevação do nível de emprego.

Ao se tomar a variação proporcional do nível de emprego nos respectivos setores de atividade, verifica-se que a Indústria de Transformação apresentou crescimento anual do emprego de 13,8%, enquanto no Comércio e nos Serviços esse crescimento foi de 8,8% e 10,6% respectivamente.

Essa característica marcadamente industrial da recuperação do emprego verificada em 1985 torna-se mais explícita quando se observa no Gráfico 1 o comportamento mais ou menos sazonal dos diferentes setores da atividade econômica. O Setor de Serviços e o do Comércio apresentam uma maior sazonalidade, crescendo 2,6% e 5,1%, respectivamente, no último trimestre de 1985 sobretudo em razão da forte expansão das vendas no final do ano.

GRÁFICO 1

ÍNDICE DO NÍVEL DE OCUPAÇÃO NA INDÚSTRIA DE
TRANSFORMAÇÃO, COMÉRCIO E SERVIÇOS
GRANDE SÃO PAULO
1984-85



FONTE: SEP - Convênio SEADE/DIEESE.

QUADRO 4

DISTRIBUIÇÃO DOS OCUPADOS, TAXA DE VARIAÇÃO ANUAL E
DISTRIBUIÇÃO DO INCREMENTO DA OCUPAÇÃO,
SEGUNDO SETOR DE ATIVIDADE
GRANDE SÃO PAULO
1984-85

SETOR DE ATIVIDADE	OCUPADOS			
	Distribuição		Taxa de Variação OND-85/ OND-84	Distribuição do Incremento
	Out/Nov/ Dez-84	Out/Nov Dez-85		
- Indústria de Transformação	32,1	33,1	13,8	42,8
- Comércio	14,2	14,0	8,8	12,1
- Serviços	40,6	40,7	10,6	41,5
- Outros	13,1	12,3	2,9	3,6
T O T A L	100,0	100,0	10,3	100,0

FONTE: SEP - Convênio SEADE/DIEESE.

ÍNDICE DO NÍVEL DE OCUPAÇÃO, NA INDÚSTRIA DE TRANSFORMAÇÃO, COMÉRCIO E SERVIÇOS
GRANDE SÃO PAULO
1984-85

Base: Out/Nov/Dez-84 = 100

SETOR DE ATIVIDADE ECONÔMICA	OCUPADOS												
	OND	NDJ	DJP	JFM	FMA	MAM	AMJ	MJJ	JJA	JAS	ASO	SON	OND
Indústria de Transformação	100,0	101,4	101,9	103,3	103,8	105,0	106,2	106,6	107,8	109,2	110,6	113,1	113,8
Comércio	100,0	102,2	103,5	100,2	102,2	101,2	106,8	106,9	107,2	103,6	101,9	103,5	108,8
Serviços	100,0	101,1	100,0	102,4	102,8	104,4	103,7	103,8	107,0	107,8	108,5	107,7	110,6
T A L	100,0	101,4	101,3	101,6	102,8	103,4	104,5	104,6	106,5	106,5	107,2	108,0	110,3

INTE: SEP - Convênio SEADE/DIEESE.

Ao contrário do que se verificou nos anos 81-83, quando os efeitos da crise sobre o mercado de trabalho foram mais intensos, em 1985 a geração de novos empregos ocorreu mais significativamente sob a forma de trabalho assalariado do que sob a forma de trabalho autônomo. O Quadro 6 permite observar que entre outubro-dezembro de 1984 e o mesmo período de 1985, o emprego assalariado cresceu 11,9%, para uma variação do emprego autônomo de 3,4%, o que acentuou ainda mais a distribuição da ocupação em favor do trabalho assalariado, apesar do forte incremento sazonal dos autônomos no último trimestre.

QUADRO 6

**DISTRIBUIÇÃO RELATIVA DO NÍVEL DE OCUPAÇÃO E ÍNDICES
DE CRESCIMENTO DOS OCUPADOS,
ASSALARIADOS E AUTÔNOMOS
GRANDE SÃO PAULO
1984-85**

TRIMESTRES	OCUPADOS					
	Distribuição Relativa (1)			Índices de Crescimento (2)		
	Total	Assalariados	Autônomos	Total	Assalariados	Autônomos
Out/Nov/Dez	100,0	69,4	16,0	100,0	100,0	100,0
Nov/Dez/Jan	100,0	69,2	16,0	101,4	101,1	101,4
Dez/Jan/Fev	100,0	69,2	16,1	101,3	101,0	101,9
Jan/Fev/Mar	100,0	70,1	15,8	101,6	102,7	100,4
Fev/Mar/Abr	100,0	70,2	15,3	102,8	104,0	98,4
Mar/Abr/Mai	100,0	70,3	14,9	103,4	104,7	96,4
Abr/Mai/Jun	100,0	70,0	14,8	104,5	105,5	96,8
Mai/Jun/Jul	100,0	70,1	14,9	104,6	105,6	97,4
Jun/Jul/Ago	100,0	70,3	15,0	106,7	107,9	99,9
Jul/Ago/Set	100,0	70,6	14,9	106,5	108,4	99,3
Ago/Set/Out	100,0	70,8	14,6	107,2	109,4	97,9
Set/Out/Nov	100,0	70,7	14,7	108,0	110,0	99,3
Out/Nov/Dez	100,0	70,4	15,0	110,3	111,9	103,4

FONTE: SEP - Convênio SEADE/DIEESE.

(1) A diferença entre a soma dos assalariados e autônomos e o total de ocupados corresponde aos empregadores, empregados domésticos, trabalhador familiar sem remuneração e outros.

(2) Base: Out/Nov/Dez-84 = 100.

O crescimento da ocupação verificada em 1985 na Região da Grande São Paulo foi portanto, fortemente determinado pelo crescimento do emprego industrial. Esta característica, por sua vez, foi capaz de fortalecer o maior incremento dos ocupados assalariados relativamente ao crescimento dos autônomos.

2.3. A Evolução do Desemprego

Como já se observou (Quadro 3), o crescimento mais intenso da ocupação, ao desempenho da PEA, foi capaz de fazer recuar o enorme contingente de desempregados na Grande São Paulo durante o ano de 1985, apesar de este ainda se manter em um patamar elevado. A taxa de desemprego no último trimestre do ano foi a menor no período (9,8%), mas cerca de 700.000 pessoas se mantinham desempregadas.

A tendência de redução da taxa de desemprego pode ser verificada quando se compara a taxa de desemprego atual (outubro, novembro e dezembro de 1985) com a do mesmo trimestre do ano de 1984, já que assim são mais neutralizados os efeitos sazonais. Observa-se que enquanto no último trimestre de 1984 a taxa de desemprego total era de 12,4%, correspondendo a 825.000 desempregados, em 1985, no mesmo período, esses valores foram respectivamente 9,8% e 699.000 pessoas, caracterizando-se uma redução da ordem de 21,0% na taxa de desemprego total e de 15,3% no número de desempregados.

Quando se desagrega o desemprego total entre seus componentes ², verifica-se que a maioria dos desempregados en

(2) Principais conceitos utilizados na PED:

População em Idade Ativa - PIA: população de 10 anos e mais.

População Economicamente Ativa - PEA: população de 10 anos e mais, ocupada ou desempregada.

Desempregado: indivíduo que se encontra em uma das seguintes situações: a) **Desemprego aberto:** procurou efetivamente trabalho nos últimos 30 dias anteriores ao dia da entrevista e não exerceu nenhuma ocupação nos últimos 7 dias. b) **Desemprego oculto pelo trabalho precário:** realiza, de forma irregular, algum trabalho remunerado ou não-remunerado de ajuda em negócios de parentes, e encontra-se numa situação de procura de trabalho. c) **Desemprego oculto pelo desalento:** não possui nenhum trabalho. não procurou nos

(continua)

contrava-se na situação de desemprego aberto (414.000 pessoas), o que corresponde a uma taxa de desemprego de 5,8%. A taxa de desemprego oculto, por sua vez, era de 4,0% (2,3% oculto pelo trabalho precário e 1,7% oculto pelo desalento). Em números absolutos, essa forma de desemprego continuava afetando, no final do ano, 285.000 pessoas, das quais 164.000 estavam na situação de desemprego oculto pelo trabalho precário e 121.000 na de desemprego oculto pelo desalento.

(2) (Continuação). últimos 30 dias, por desestímulo do mercado de trabalho ou por circunstâncias fortuitas, havendo, entretanto, procurado anteriormente até o máximo de 1 ano atrás.

Ocupado: indivíduo que se encontra em uma das seguintes situações: a) possui trabalho remunerado, exercido de forma regular, independente da procura de trabalho; b) possui trabalho remunerado, exercido de forma irregular, sem procura de trabalho; c) possui trabalho não-remunerado de ajuda em negócios de parentes, sem procura de trabalho.

Taxa Global de Participação: População Economicamente Ativa (PEA), em relação à População em Idade Ativa (PIA).

QUADRO. 7

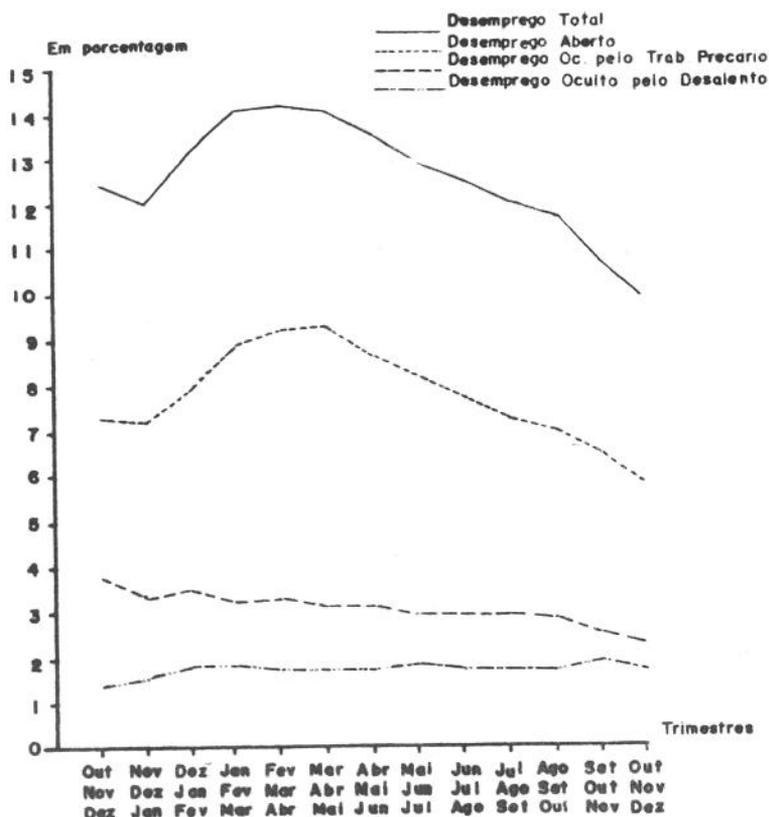
DESEMPREGADOS, SEGUNDO TIPO DE DESEMPREGO, EM RELAÇÃO À POPULAÇÃO ECONOMICAMENTE ATIVA
MUNICÍPIO DE SÃO PAULO E DEMAIS MUNICÍPIOS DA REGIÃO ADMINISTRATIVA DA GRANDE SÃO PAULO
1984-85

TIPOS DE DESEMPREGO	TAXAS DE DESEMPREGO												Em porcentagem							
	Out	Nov	Dez	Jan	Feb	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Out	Nov	Dez		
	Dez	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Out	Nov	Dez	Out	Nov	Dez	
GRANDE SÃO PAULO																				
Desemprego total	12,4	12,0	13,1	14,0	14,2	14,0	13,5	13,0	12,4	12,0	11,7	10,7	9,8							
Desemprego Aberto	7,3	7,2	7,9	8,9	9,2	9,2	8,7	8,2	7,8	7,3	7,0	6,4	5,8							
Desemprego Oculto	5,0	4,8	5,3	5,0	5,0	4,8	4,8	4,8	4,7	4,7	4,6	4,3	4,0							
Oculto pelo Trabalho Precá- rio	3,7	3,3	3,5	3,2	3,3	3,1	3,1	3,0	3,0	3,0	2,9	2,5	2,3							
Oculto pelo Desalento	1,3	1,5	1,8	1,8	1,7	1,7	1,7	1,8	1,7	1,7	1,7	1,8	1,7							
MUNICÍPIO DE SÃO PAULO																				
Desemprego Total	11,7	11,3	12,2	12,9	13,2	13,2	12,7	12,2	11,4	11,2	10,8	10,0	9,2							
Desemprego Aberto	7,3	6,9	7,5	8,1	8,5	8,7	8,2	7,9	7,2	6,8	6,5	6,1	5,6							
Desemprego Oculto	4,4	4,3	4,6	4,7	4,7	4,6	4,5	4,3	4,3	4,3	4,3	3,9	3,7							
DEMAIS MUNICÍPIOS DA GRANDE SÃO PAULO																				
Desemprego Total	13,7	13,4	15,2	16,4	16,4	15,6	15,2	14,5	14,5	13,6	13,5	12,2	11,0							
Desemprego Aberto	7,4	7,6	8,7	10,6	10,8	10,4	9,7	8,9	9,1	8,2	8,0	7,1	6,2							
Desemprego Oculto	6,3	5,8	6,5	5,7	5,6	5,2	5,5	5,5	5,4	5,5	5,4	5,0	4,7							

Na trajetória da taxa de desemprego durante o ano (Gráfico 2), verifica-se uma curva ascendente nos primeiros meses (trimestre dezembro, janeiro e fevereiro a fevereiro, março e abril), a qual, após alcançar seu valor máximo (14,2%), passa a decrescer sistematicamente, para atingir seus menores valores no final do ano (trimestres outubro, novembro e dezembro de 1985).

GRÁFICO 2

**TAXAS DE DESEMPREGO TOTAL, ABERTO E OCULTO
GRANDE SÃO PAULO
1984-85**



Dentre os componentes da taxa de desemprego, o mais sensível às variações sazonais e às alterações conjunturais do ciclo econômico é o desemprego aberto, seguido do desemprego oculto pelo trabalho precário; por último vem o desemprego oculto pelo desalento, que apresentou a maior estabilidade de comportamento no período.

Cabe ainda ressaltar que a proporção dos desempregados com experiência anterior de trabalho assalariado, segundo o setor de atividade do último trabalho, em relação à respectiva população economicamente ativa, resulta numa estimativa da taxa de desemprego do assalariado por setor de atividade. Assim, o maior crescimento da ocupação nos setores da Indústria de Transformação e Serviços reflete-se simetricamente na evolução do desemprego assalariado, por setor.

As taxas de desemprego nos setores da Indústria, do Comércio e dos Serviços, foram bastante diferenciadas na região da Grande São Paulo.

QUADRO 8

**TAXAS DE DESEMPREGO DOS ASSALARIADOS, SEGUNDO
SETOR DE ATIVIDADE DO ÚLTIMO TRABALHO
GRANDE SÃO PAULO
1984-85**

SETOR DE ATIVIDADE DO ÚLTIMO TRABALHO	TAXAS DE DESEMPREGO TOTAL		VARIÇÃO
	Out/Nov/ Dez-84	Out/Nov/ Dez-85	$\left(\frac{b - a}{a}\right) \times 100$
	(a)	(b)	
GRANDE SÃO PAULO	11,1	9,1	- 18,0
. Indústria de Trans- formação	11,6	9,2	- 20,7
. Comércio	14,6	13,4	- 8,2
. Serviços	9,2	7,5	- 18,5

FONTE: SEP - Convênio SEADE/DIEESE.

A menor taxa de desemprego assalariado no último trimestre de 1985 ocorreu no Setor de Serviços (7,5%), seguido pela Indústria de Transformação (9,2%). A taxa mais alta foi a

correspondente ao Comércio (13,4%).

Comparativamente ao último trimestre de 1984, a maior queda dessa taxa se deu na Indústria (20,7%); no Setor de Serviços, houve redução de 18,5% e no Comércio, de apenas 8,2%.

3. A Evolução dos Rendimentos

A falta de dados impede uma verificação ampla e precisa da evolução dos rendimentos em 1985. É possível, entretanto, descrever-se o que ocorreu com os salários na Indústria de Transformação para o conjunto do país e a evolução dos rendimentos no trabalho principal para os ocupados residentes na Grande São Paulo.

Entre 1980 e 1981, o nível de emprego na Indústria de Transformação diminuiu (-7,3%), embora a massa total de salário tenha apresentado um aumento proporcional ao INPC (Quadro 9); alguns pontos de trabalho industrial tiveram aumentos nominais de salário acima do INPC, podendo, assim, compensar a queda do nível de emprego. Este, por sua vez, apresentou uma redução bastante menor que a do nível da produção (-11,3%).

Em 1982 o nível de emprego na Indústria de Transformação diminuiu quase tanto quanto em 1981 (-6,9%), apesar de a produção ter-se mantido praticamente constante (-0,3%). Já a massa total de salários aumentou em 1,9%, pela mesma razão que possibilitou sua manutenção em 1981.

Em 1983 a produção industrial diminuiu menos que no ano anterior (-5,9%). O nível de emprego, porém, caiu ainda mais (-7,5%). A massa global de salários viu-se reduzida, pela primeira vez na depressão 80/83, em nada menos de 14,1%, pela coincidência de grandes quedas no emprego e nos salários, em virtude da inflação acelerada: caíram os salários daqueles que conseguiram manter-se empregados na indústria, e a redução na massa salarial deste setor tornou-se quase duas vezes maior que a redução do nível de emprego.

Em 1984, a produção da Indústria de Transformação começou a apresentar uma recuperação (6,0%) que, entretanto, não se manifestou imediatamente no nível de emprego. Este continuou a cair (-2,1%), embora menos que em qualquer um dos anos reces-

QUADRO 9

EVOLUÇÃO DA PRODUÇÃO, EMPREGO E SALÁRIOS NA INDÚSTRIA DE TRANSFORMAÇÃO

BRASIL

1980 - 1985

	PRODUÇÃO		EMPREGO		PRODUTIVIDADE		SALÁRIO MÉDIO (1)		MÁSSA SALARIAL (1)	
	Índices	Δ %	Índices	Δ %	Índices	Δ %	Índices	Δ %	Índices	Δ %
1980	100,0	-	100,0	-	100,0	-	100,0	-	100,0	-
1981	88,7	-11,3	92,7	-7,3	95,7	-4,3	108,0	8,0	100,1	0,1
1982	88,4	- 0,3	86,3	-6,9	102,4	7,0	118,1	9,3	101,9	1,9
1983	83,2	- 5,9	79,8	-7,5	104,3	1,9	109,7	-7,1	87,5	-14,1
1984	88,2	6,0	78,1	-2,1	112,9	8,2	111,2	1,4	86,9	- 0,7
1985	95,7	8,5	82,5	5,6	116,0	2,7	118,2	6,3	97,6	12,3

FONTE: FIEGE.

(1) Deflator: INPC.

sivos. A massa global de salários manteve-se constante graças a um ligeiro aumento verificado no salário médio (1,4%).

Finalmente, em 1985, a produção industrial cresceu 8,5%, e o nível de emprego iniciou sua recuperação (5,6%). A massa salarial voltou a aumentar; graças ao aumento do salário médio, atingiu quase o dobro do ritmo de crescimento do emprego (12,3%).

Em resumo, relativamente a 1980, a produção industrial e a situação do emprego em 1985 apresentaram-se respectivamente 4,3% e 17,5% inferiores. A massa salarial, por sua vez, foi apenas 2,4% inferior, pois a forte recuperação industrial verificada quase compensou as quedas ocorridas em 82 e 83, graças ao aumento do nível de emprego e do salário médio.

Na Área Metropolitana de São Paulo - região mais industrializada e onde se concentram também os trabalhadores melhor organizados do país - os índices dos rendimentos reais médios mensais dos ocupados no trabalho principal variaram nos seus extremos de 90,3 em janeiro de 1985 e 108,6 em outubro do mesmo ano.

Na ausência de um ano completo de referência, ao se comparar o comportamento médio dos três últimos meses de 1985 ao mesmo período de 1984, verifica-se que os índices médios foram de 102,9 e 98,37, respectivamente, equivalendo a um crescimento do rendimento médio real de 4,60% no ano. Para o IBGE o crescimento dos rendimentos médios na Grande São Paulo foi o seguinte:

**RENDIMENTOS EFETIVAMENTE RECEBIDOS NO TRABALHO PRINCIPAL
GRANDE SÃO PAULO
1984-1985**

	1984	1985	%
Ocupados	48.018	50.468	5,1
Empregados c/ Carteira	52.293	54.127	3,5

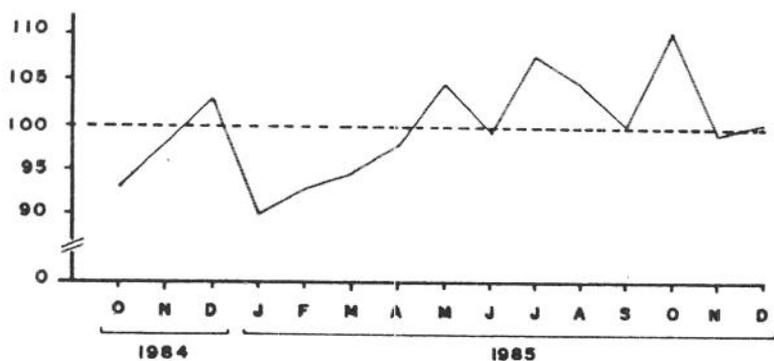
FONTE: PME - IBGE; Deflator: INPC c/ expurgo; Base: junho 1982.

No Gráfico 3, observa-se que a partir de maio de 1985 os rendimentos médios mensais apresentaram ganhos reais, tendo alcançado em outubro o seu mais alto valor.

GRÁFICO 3

**ÍNDICE DO RENDIMENTO REAL MÉDIO MENSAL DOS
OCUPADOS NO TRABALHO PRINCIPAL (1)
1984-1985**

Média 1985 = 100



FONTE: SEP/CONVÊNIO SEADE/DIEESE
(1) Inflator utilizado: ICV 4º DIEESE

No entanto, quando se pretende analisar a evolução dos diferentes níveis de rendimentos, torna-se necessária a desagregação do rendimento médio real. No Quadro 10 nota-se que o comportamento do rendimento médio acompanhou a evolução do 3º quartil, onde se concentram os rendimentos mais altos. Esta situação contrasta com a da mediana, cuja evolução situou-se próxima àquela apresentada pelo 1º quartil.

Assim, confirma-se que houve ganhos reais para o conjunto dos ocupados, ainda que este aumento seja mais modesto que os ganhos aventados inicialmente por empresários e comentaristas econômicos. Cabe indagar se todos os ocupados tiveram ganhos reais na mesma proporção.

Em uma análise preliminar verifica-se que os estratos superiores tenderam a elevar seus níveis de rendimentos bastante acima daqueles percebidos pelos estratos mais baixos. Comparando-se o trimestre outubro, novembro e dezembro de 1985 ao mesmo período de 1984, observa-se que o 1º quartil, onde se concentram os rendimentos mais baixos, teria crescido 3,4% no ano, enquanto a mediana, cerca de 3,8%. O terceiro quartil, correspondente aos maiores salários, teria crescido 8,3% em 1985. Assim, embora a média tenha crescido 4,6%, aumentou-se a disparidade da renda.

Essa situação ver-se-ia agravada se fossem consideradas a elevação do patamar inflacionário e em particular a elevação dos preços dos alimentos nos últimos meses do ano. Como se pode observar, o 1º quartil, de rendimentos mais baixos, é bastante colado ao Salário Mínimo - o que poderia indicar que esse último se manteria como "farol" para a determinação do piso salarial e que sua fixação teria um efeito ordenador sobre a taxa de salários.

A recuperação do Salário Mínimo, porém, segundo o DIEESE, teria ocorrido apenas na data do reajuste. Os altos índices inflacionários e os baixos índices do salário médio real, entre janeiro e abril, fizeram que os reajustes superiores ao custo de vida concedidos em maio e novembro de 1985 fossem insuficientes para garantir a elevação do salário mínimo real médio anual, que foi o mais baixo dos últimos 34 anos - considerando-se seu poder de compra durante todos os meses de 85, e não

QUADRO 10
 RENDIMENTO REAL MENSAL DOS OCUPADOS NO TRABALHO PRINCIPAL
 GRANDE SÃO PAULO
 1984 - 1985

M E S E S	R E N D I M E N T O R E A L M E N S A L						PORCENTAGEM DE PESSOAS QUE RECEBEM MENOS DE 1 SM - Necessário (DIEESE) - (Cr\$ 2.600)		
	1º QUARTIL		MEDIANA		3º QUARTIL			MÉDIA	
	VALOR (1) ABSOLUTO	ÍNDICE (2)	VALOR (1) ABSOLUTO	ÍNDICE (2)	VALOR (1) ABSOLUTO	ÍNDICE (2)			
Outubro	563	89,6	1.083	91,9	2.165	91,0	1.953	93,6	81,6
Novembro	657	104,6	1.781	100,2	2.192	92,1	2.054	98,4	80,1
Dezembro	648	103,2	1.165	98,8	2.523	106,0	2.152	103,1	77,5
Janeiro	580	92,3	1.127	95,6	2.222	93,4	1.885	90,3	82,1
Fevereiro	640	101,9	1.158	98,2	2.258	94,9	1.939	92,9	80,0
Março	516	82,2	1.032	87,5	2.063	86,7	1.969	94,4	80,2
Abril	495	78,8	1.126	95,5	2.365	99,4	2.038	97,7	78,1
Maio	725	115,4	1.255	106,4	2.488	104,5	2.181	104,5	75,6
Junho	669	106,5	1.205	102,2	2.390	100,4	2.074	99,4	77,3
Julho	717	114,2	1.248	105,9	2.589	108,8	2.240	107,4	75,1
Agosto	678	107,9	1.266	107,4	2.523	106,0	2.181	104,5	75,3
Setembro	585	93,1	1.170	99,2	2.214	93,0	2.089	100,1	78,6
Outubro	593	94,4	1.201	101,8	2.635	110,7	2.266	108,6	74,9
Novembro	688	109,5	1.158	98,2	2.293	96,3	2.081	99,7	79,5
Dezembro	651	103,6	1.202	101,9	2.526	106,1	2.095	100,4	77,7

FONTE: SEP - Convênio SEADE/DIEESE.

(1) Em valores reais de dezembro 1985 - Deflator: I.C.V. - DIEESE.

(2) Média de 1985 = 100.

QUADRO 11

SALÁRIO MÍNIMO REAL - BRASIL - 1940/1985

ANO/MÊS	SALÁRIO MÍNIMO REAL	
	ÍNDICES (1)	EM Cr\$ (2)
1940	98,02	1.183.102
1950	39,84	480.869
1960 (4)	100,30	1.210.620
1970	68,93	831.986
1980	61,78	745.685
1981	63,34	764.514
1982	66,02	796.862
1983	56,10	677.127
1984	52,04	628.123
janeiro	44,61	-
fevereiro	39,95	-
março	35,75	-
abril	33,26	-
maio	60,14	-
junho	55,42	-
julho	48,97	-
agosto	43,45	-
setembro	40,53	-
outubro	36,72	-
novembro (3)	85,22	-
dezembro (3)	74,56	-
1985	49,93	602.655

FONTE: DIEESE.

(1) Base: julho de 1940.

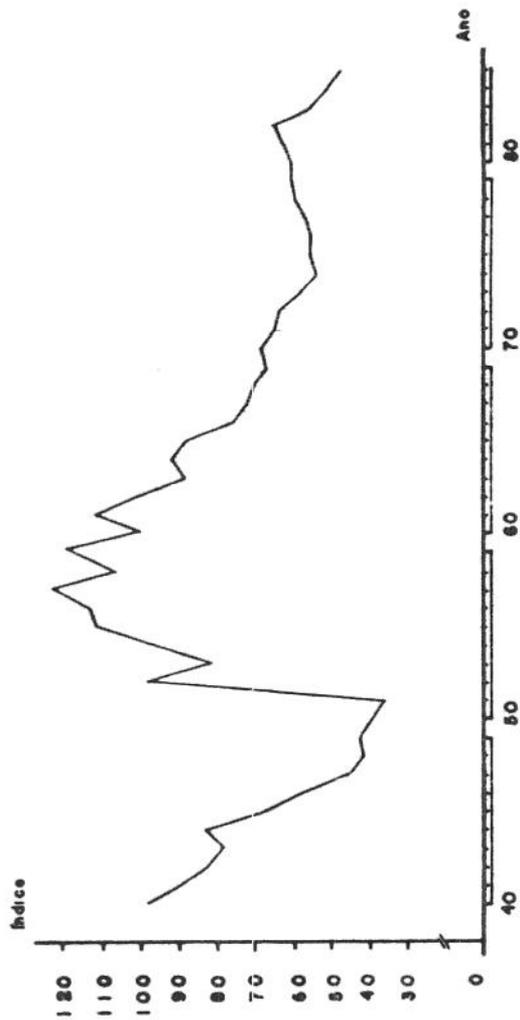
(2) Cr\$ de dezembro de 1985.

(3) Inclusive o 13º Salário.

(4) Maior SM: janeiro de 1959 = Cr\$ 1.739.167.

GRÁFICO 4

SALÁRIO MÍNIMO REAL - MÉDIAS ANUAIS - 1940/1985



FONTE: DIEESE
BASE: julho/40 = 100

apenas seu maior valor (do mês do reajuste) ou o menor (do mês anterior ao reajuste). O salário mínimo necessário em dezembro de 1985, calculado pelo DIEESE a partir da Ração Essencial definida pelo Decreto-Lei 399 de 30 de abril de 1938, seria de Cr\$ 2.655.000.

As informações apresentadas, embora esparsas e incompletas, sugerem que o mercado de trabalho urbano no Brasil ainda não conseguiu recuperar seu estado observado imediatamente antes da crise de 1980/83, apesar do brilhante desempenho do nível de emprego e dos rendimentos do trabalho em 1985.

De fato o número total de empregos criados na economia urbana foi maior que o aumento da população ativa urbana, permitindo reduzir o desemprego aberto e o subemprego, mas foi incapaz de reempregar plenamente os que perderam suas ocupações durante a crise. Por outro lado, houve um aumento geral dos rendimentos do trabalho, embora também existam indícios de que se tenha ampliado sua dispersão. Finalmente, é grave o fato de o nível médio real do salário mínimo legal ter atingido no período o seu menor valor, desde a época em que foi regulamentado.

Essa constatação põe em evidência a importância de se procurar garantir o prosseguimento da recuperação nos próximos anos, sem entretanto ocultar que persiste a necessidade de se implementar simultaneamente uma ação articulada do Estado, visando a melhora das condições de vida e de trabalho da maioria da população através de políticas sociais, de salário e de emprego.

CAPÍTULO 2

PREVIDÊNCIA SOCIAL

PADRÃO E EVOLUÇÃO RECENTE DA POLÍTICA PREVIDENCIÁRIA: FINANCIAMENTO E BENEFÍCIOS

A política previdenciária é implementada pelo Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social - SINPAS, criado em 1977 através da lei nº 6439. O SINPAS, que reúne as funções de seguro social, assistência médica e assistência social, constitui o ponto estratégico para a avaliação do sistema de proteção social brasileira.

A dimensão do sistema previdenciário pode ser expressa no fato de que cerca de 90% da população economicamente ativa está coberta, conta com cerca de 25 milhões de contribuintes e mantinha, em dezembro de 85, mais de 10 milhões de benefícios. O orçamento do SINPAS em 1985 chegava a 70 trilhões de cruzeiros, e o previsto para 1986 ultrapassava a casa dos 200 trilhões.

A estrutura do SINPAS é a indicada a seguir:

FUNÇÃO	ÓRGÃO
Benefícios em Dinheiro e Serviços Sociais	INPS
Assistência Médico-Odontológica	INAMPS
Assistência Farmacêutica	CEME*
Administração Fiscal e Financeira	IAPAS
Processamento de Dados	DATAPREV
Assistência Social	
Assistência aos Carentes	LBA
Assistência aos Menores	FUNABEM

* A CEME em 1985 passou para a órbita do Ministério da Saúde

A participação no gasto do SINPAS por entidade pode ser vista no quadro abaixo:

	Média 1980/83(%)	1984	1985
INPS	70,9	70,5	69,1
INAMPS	24,2	25,3	26,7
IAPAS	3,6	3,0	3,1
LBA	1,2	0,8	0,8
FUNABEM	0,3	0,3	0,3

A evolução da receita e despesa totais do SINPAS é apresentada no quadro da página seguinte.

Este é um sistema peculiar uma vez que abriga funções diversas, financiadas basicamente por contribuições de empregados e empregadores e ao mesmo tempo contém uma série de desigualdades e iniquidades sociais.

A visibilidade das ações governamentais no sentido de permitir a participação dos usuários no acompanhamento, controle e fiscalização; a humanização do atendimento aos beneficiários; a austeridade na utilização de recursos públicos; o fortalecimento dos mecanismos de supervisão e fiscalização objetivando o saneamento do Sistema; a apuração e o impedimento de fraudes; a modernização, racionalização e descentralização do Sistema Previdenciário; a revisão do Sistema de custeio da Previdência - estas constituíram as diretrizes da gestão 85/86.

O ano de 1985 encerrou-se com um resultado financeiro bastante satisfatório: após vários anos de substantivos déficits o sistema previdenciário fechou suas contas com um superávit significativo. Do ponto de vista estrutural, fundamentalmente no que tange às bases de financiamento e aos aspectos de maior equidade do sistema, o ano foi rico em discussões e sugestões, ainda que não tenham sido efetivadas medidas de trans-

formação mais profunda. Esses aspectos da política previdenciária são examinados com maior detalhe nos textos subsequentes.

SINPAS

EVOLUÇÃO DAS RECEITAS E DESPESAS TOTAIS

(1980 - 1985)

Ano	Receita em milhões correntes	Receita em bilhões de 1985	Δ %	Despesas em milhões correntes	Despesas em bilhões de 1985	Δ %
1980	636.003	69.309	-	682.814	74.409	-
1981	1.368.675	71.062	2,56	1.487.584	77.236	3,80
1982	3.183.348	84.565	19,00	3.102.981	82.432	6,70
1983	6.636.898	69.268	(18,10)	6.753.254	70.481	(14,50)
1984	19.873.470	64.692	(6,60)	19.935.500	64.894	(8,00)
1985	70.365.069	70.365	(8,80)	67.809.900	67.810	(4,50)

FONTE: MPAS/DATAPREV

Deflador utilizado: IGP-DI (média anual)

IBRE/FGV - cruzeiros de 85

1. Financiamento do Sistema Previdenciário

O financiamento do sistema previdenciário é feito através de três fontes de recursos: contribuições sociais, contribuições da União e outras receitas (receitas patrimoniais, industriais e financeiras; remuneração de serviços de arrecadação, fiscalização e cobrança prestados a terceiros; multas e juros; doações).

Na previdência social urbana, as contribuições sociais estão assim estruturadas:

- Empregado: contribuições sobre o salário até o teto de 20 salários mínimos, segundo alíquotas diferenciadas por faixa salarial - 8,5% até 3 s.m.; 8,75% de 3 a 5 s.m.; 9,0% de 5 a 10 s.m.; 9,5% de 10 a 15 s.m.; 10,0% de 15 a 20 s.m.

- Empresa em geral: contribuições com base na folha de salários até o teto de 20 s.m., da seguinte forma:

. contrapartida do empregado (regime geral)	10,0%
. abono anual	1,5%
. salário-família	4,0%
. salário-maternidade	0,3%
. acidente de trabalho	1,8% (média)
(varia conforme o risco: 0,4%; 1,2% ou 2,5%)	

Há uma série de diferenciações no caso das contribuições de órgãos públicos, empresas de trabalho temporário, as associações desportivas, etc.

- Autônomo: segurado facultativo, contribuinte em dobro: 19,2% do salário de contribuição, correspondente a um salário-base que varia em função do tempo de filiação.

A previdência social dos funcionários federais é financiada por contribuições dos funcionários sobre o salário e por dotações específicas do orçamento da União.

Na previdência social rural, as contribuições de 2,4% das empresas urbanas sobre a folha de salários e de 2,5% do produtor rural sobre o valor comercial dos produtos rurais financiam os programas para o trabalhador rural, que não contribui. Os programas do empregador rural são custeados por contribuições do segurado de 1,44% do valor da respectiva produção rural do ano anterior e de 0,72% do valor da parte da propriedade rural mantida sem cultivo, segundo a última avaliação feita pelo Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária - INCRA.

Além disso, todos os aposentados e pensionistas do sistema contribuem através de um percentual sobre o benefício - de 3% a 5% segundo faixas sobre aposentadorias e 3% sobre pensões - a título de assistência médica.

A contribuição da União, definida pela legislação, destina-se ao custeio das despesas de pessoal e administração geral do INPS, INAMPS e IAPAS, como também à cobertura de insuficiências financeiras do SINPAS. Essa contribuição engloba a chamada "cota de previdência", dotações do orçamento da União e o saldo da arrecadação das contribuições relativas ao SESI, SENAI, SESC e SENAC.

A "cota de previdência" compreende 3,6% do imposto de importação; 14% do valor da venda de bilhetes da loteria federal e "sweepstake"; 10% do movimento bruto de apostas da Loteria Esportiva; 5% da receita bruta da Loteria de Sorteios de Números; 3% do movimento total de apostas de competição hípica e até 6% do preço "ex-refinaria" da gasolina "A", incidentes sobre os preços dos combustíveis automotivos.

As dotações do orçamento da União destinam-se especificamente a cobrir a complementação do custeio de benefícios e assistência médica aos servidores públicos civis federais e da aposentadoria por tempo de serviço dos servidores sob regime estatutário; referem-se também à cobertura da diferença

entre a receita da "cota de previdência" no exercício anterior e das despesas de pessoal e administração geral do INPS, IAPAS e INAMPS no mesmo exercício, além das eventuais insuficiências financeiras do SINPAS.

O quadro abaixo mostra a composição da receita do sistema previdenciário, indicando que as contribuições sociais são a principal fonte de financiamento.

**PARTICIPAÇÃO DOS ITENS DE RECEITA
NA RECEITA TOTAL (em %)**

Ano	Contribuições Sociais	Contribuições Sociais da União	Outras Receitas
1970	84,60	10,20	5,38
1975	88,21	6,24	5,55
1980	91,62	5,21	3,17
1981	87,61	9,53	2,86
1982	93,06	4,57	2,37
1983	89,56	8,22	2,22

De acordo com dados de 1981, a receita de contribuições sociais, por sua vez, tinha a seguinte composição:

- sobre folha de salários	urbana	96%
	segurado	33%
	empresas	63%
- sobre produção rural		4%

Pode-se observar, portanto, que a estrutura de financiamento da Previdência Social caracteriza-se pela presença determinante de um mecanismo de financiamento baseado em contribuições compulsórias sobre a folha de salários e pela ausência de participação de recursos fiscais no custeio direto dos benefícios - exceto daqueles em que o próprio Estado é empregador.

1.1. Características e Problemas

Dada a estrutura do financiamento, colocam-se pelo menos duas ordens de questões para a avaliação da política previdenciária: baixo potencial redistributivo/iniquidades e

sensibilidade ao movimento cíclico.

1.1.1. Acesso e Potencial Redistributivo

O direito aos benefícios e serviços do sistema previdenciário - exceto para os programas não contributivos - depende do vínculo contributivo, pressupondo portanto, obtenção e manutenção do emprego no mercado formal de trabalho. Do ponto de vista da equidade social, a relação contribuição/direito gera resultados perversos. Os segmentos sociais com emprego precário, aqueles incorporados ao mercado informal, os desempregados não têm acesso ao sistema. Resta para alguns deles a possibilidade de incorporação como autônomos, mas pagando contribuição elevada, na maior parte das vezes incompatível com seu salário. Além disso, e por isso mesmo, o grau de proteção social é maior para aqueles segmentos que já têm uma proteção anterior em termos de estabilidade no emprego e melhores condições de trabalho e remuneração.

Quando ocorre a incorporação de segmentos não contribuintes - como é o caso da renda mensal vitalícia, dos benefícios ao trabalhador rural e da assistência médica de urgência - , é vista como liberalidade nefasta ao sistema. Quanto a este ponto, é necessário considerar quem efetivamente arca com o ônus financeiro do sistema previdenciário. É fato que as empresas incorporam suas contribuições aos custos e as repassam aos preços. Dessa forma, suas contribuições são pagas, em última instância, pelos consumidores como um todo, inclusive os beneficiários não contribuintes da previdência e aqueles que contribuíram de forma direta no passado, como os aposentados. Assim, são os consumidores em geral e os trabalhadores urbanos segurados que financiam o sistema. Os últimos, duplamente: como contribuintes diretos e como consumidores. Portanto é frágil o argumento de que só aqueles que contribuem têm direito aos benefícios e serviços.

O repasse aos preços das contribuições das empresas obscurece a avaliação precisa das transferências de renda que a forma de financiamento da previdência possibilita. É possível afirmar, em termos gerais, que as transferências de renda ocorrem entre os próprios segurados - ativos e inativos, são e

enfermos - e entre segurados e beneficiários não contribuintes. Nesse sentido, é a redistribuição horizontal da renda, entre os próprios trabalhadores, que caracteriza o financiamento.

Somam-se a isso efeitos distributivos indesejáveis. Dado o mecanismo de repasse, todos os consumidores pagam o mesmo montante, independentemente de seu nível de renda. Sobre os segmentos de menor renda ainda recairá a maior parcela do ônus, na medida em que a participação do consumo em sua renda familiar é maior. Acredita-se também que os preços dos bens mais essenciais geralmente aumentam em maior proporção, já que são produzidos por empresas tradicionais com baixa relação capital/trabalho - portanto há uma tendência a afetar proporcionalmente mais os segmentos de menor renda. Quanto a isso, os efeitos produzidos dependem de uma avaliação da estrutura dessas empresas e dos impactos que as contribuições sociais exercem sobre elas. Finalmente, é possível identificar uma regressividade nas contribuições do trabalhador, resultante da existência de um teto de rendimento sujeito à contribuição, que tende a favorecer aqueles situados em faixas salariais elevadas. A pequena diferenciação existente nas alíquotas também discrimina os situados em faixas salariais mais baixas, notadamente entre 1 e 3 salários mínimos.

A impossibilidade de acesso de alguns segmentos sociais ao sistema e os efeitos redistributivos reduzidos, - se não regressivos - tornam a Previdência Social, pelo ângulo de seu financiamento, pouco apta a solucionar os problemas de segmentos sociais marginalizados e operar como instrumento de redistribuição de renda. A destinação dos recursos, isto é, a estrutura dos programas pode contornar alguns dos problemas apontados; entretanto eles permanecem e devem ser considerados nos debates de alteração do sistema, no sentido de se obter maior equidade social.

1.1.2. Sensibilidade ao Movimento Cíclico

Uma vez que as contribuições sociais constituem a principal fonte de recursos da Previdência Social, e sua maior parte tem por base a folha de salários, o desempenho da receita é determinado pelo movimento do emprego e dos salários, conside

rando como dados as alíquotas e os tetos de contribuição. Tai fato explica a relação estreita entre as receitas e o ritmo da atividade econômica.

Momentos de recessão econômica, desemprego e contenção salarial comprimem a folha de salários com diminuição imediata da receita previdenciária, justamente quando há uma pressão maior por benefícios e serviços, decorrente da piora das condições sócio-econômicas. O quadro abaixo indica o comportamento da folha de salários de contribuição:

EVOLUÇÃO DA FOLHA DE SALÁRIOS DE CONTRIBUIÇÃO

Ano	Milhões Correntes	Milhões de 1983 (IGP/DI)	Taxa de Crescimento(%)	
			IGP/DI	INPC
1979	1.424.922	29.791.882	-	-
1980	2.611.978	27.273.326	- 8,5	-
1981	5.422.059	26.973.128	- 1,4	3,3
1982	11.645.105	29.640.996	- 10,3	9,6
1983	24.077.571	24.077.571	- 18,8	- 4,9

FONTE: Ministério da Previdência e Assistência Social

Observa-se um comportamento desfavorável da base de incidência das contribuições no período 1980/83 - exceto em 1982, quando a folha de salários de contribuição foi ampliada com a elevação do teto de contribuição -, num momento de elevação do desemprego e queda do salário real médio. Esse comportamento refletiu-se na receita de contribuições sociais, que declinou em termos reais - utilizando-se o IGP/DI, 5,92%; 1,95% e 21,17% em 1980, 1981 e 1983, respectivamente.

Se em momentos de recessão econômica restringe-se a capacidade de sustentação financeira do sistema, não é certo que os ganhos são abundantes em períodos de crescimento econômico. A integração parcial dos ganhos de produtividade aos salários e a reduzida elasticidade do crescimento do emprego em relação ao crescimento da produção colocam dificuldades ao atendimento de crescentes demandas sociais, a longo prazo.

Tais constatações colocam a necessidade de repensar a estrutura de financiamento do sistema para dotá-lo de maior capacidade de sustentação financeira. A forma de financiamento atual limita a capacidade de se aumentarem as receitas a partir de alterações de tetos e alíquotas, na impossibilidade de incorporar novos segmentos sociais como contribuintes - solução na maioria das vezes prejudicial ao beneficiário.

1.2. Situação Financeira

Déficits recorrentes desde 1980 constituíram a maior preocupação em relação à Previdência Social, tornando-se o centro da ação das sucessivas administrações no período 1980/84. A situação deficitária preconizava para alguns a falência de um sistema previdenciário ineficiente, fraudulento e excessivamente liberal. Nesse momento, o alvo das atenções passou a ser o crescimento excessivo dos gastos tanto com benefícios quanto com assistência médica, fruto exatamente da liberalidade e das fraudes.

A situação deficitária, entretanto, decorria de um declínio acentuado da receita previdenciária (ocasionado pela deterioração da situação econômica) conjugado à dificuldade de ajustar ao comportamento das receitas gastos em elevação - de corrente de compromissos passados, da existência de mecanismos de indexação e da elevação das demandas sociais. A precariedade da situação financeira do sistema era realimentada pela dificuldade de obter recursos da União, cujos repasses têm sido historicamente menores do que determina a legislação, dando lugar à chamada dívida da União. Isso ampliou o endividamento do sistema previdenciário junto à rede bancária, agravado pelo peculiar convênio que é mantido desde 1979 com o sistema financeiro. A existência de contas distintas para recebimento de contribuições e pagamento de benefícios na rede bancária, com a retenção da arrecadação por um período médio de 8 dias, onerava a Previdência, ampliando a lucratividade dos bancos num momento de aceleração inflacionária e elevadas taxas de juros.

Frente à situação deficitária, a estratégia de enfrentamento adotada caracterizou-se por uma lógica ortodoxa -

para um problema de elevação de gastos e declínio de receitas, medidas de elevação das receitas e de contenção de gastos, sem considerar as causas reais dos déficits.

Medidas tomadas no final de 1981 são características do primeiro movimento: elevação do teto de rendimento sujeito a contribuição; elevação de alíquotas das contribuições do trabalhador, empregador e autônomo; instituição de contribuição para aposentados e pensionistas; taxaço adicional sobre bens supérfluos.

No que se refere à contenção de gastos, uma das únicas medidas legais foi o estabelecimento de um prazo de carência de 3 meses para usufruir da assistência médica, exceto em casos de urgência. Entretanto a contenção de gastos foi maior do que as medidas legais fazem crer. As restrições orçamentárias impostas pela SEST produziram sobre os benefícios e serviços efeitos incontroláveis e difíceis de dimensionar. Podem ser apenas vislumbrados, particularmente na área de assistência médica, onde houve uma queda real do gasto na maioria dos anos do início da década.

Essas medidas, porém, mostraram-se inócuas para alcançar o equilíbrio financeiro e, ao mesmo tempo, perversas do ponto de vista dos assalariados e beneficiários.

O conjunto de medidas adotado em 1981 possibilitou um crescimento real da receita de contribuições sociais de cerca de 26% em 1982, garantindo uma folga orçamentária neste ano e a redução do endividamento junto à rede bancária. Mas esse equilíbrio foi apenas momentâneo: com o agravamento da recessão em 1983, os efeitos das medidas esgotaram-se rapidamente, provocando o reaparecimento do déficit previdenciário em 1983 e 1984.

No início de 1985, o déficit estimado para o ano pela administração Jarbas Passarinho era de 1,951 trilhões de cruzeiros. Já no mês de março, o novo ministro anunciava, com base em nova estimativa, um déficit de Cr\$ 7,9 trilhões, alegando que havia ocorrido uma subestimação dos gastos pela administração anterior. Essa previsão fazia supor para o ano de 1985 a continuidade do desequilíbrio financeiro, tornando-o novamente um dos centros da nova gestão. Ao contrário do que ocorria

no passado, foi anunciada uma reversão na estratégia de combate ao déficit: saná-lo sem aumentar as contribuições e/ou reduzir os benefícios e serviços, privilegiando medidas de racionalização do gerenciamento financeiro e o combate às fraudes e sonegações.

Segundo a avaliação do Ministério, além de um déficit elevado, havia uma situação marcada pela ausência de mecanismos adequados de controle e fiscalização da arrecadação, da cobrança de débitos e do pagamento e concessão de benefícios e serviços hospitalares. Essa situação implicava em perdas de receita e elevação de gastos.

O ano de 1985 encerrou-se com um superávit orçamentário de Cr\$ 4,1 trilhões e de caixa de Cr\$ 6,488 trilhões, o que permitiu a liquidação dos débitos do IAPAS junto à rede bancária - cerca de Cr\$ 2,837 trilhões, pelo adiantamento de recursos para pagamento de benefícios.

No decorrer desse ano, foram feitas reformulações orçamentárias com reestimativas do déficit; já em julho, o Ministro anunciava publicamente a perspectiva de zerar o déficit, e em outubro, a possibilidade de superávit. Tal quadro deveu-se à alteração do comportamento da receita: a partir de março, a arrecadação passou a ter um crescimento real, chegando a ser excepcional no segundo semestre, ao mesmo tempo em que os gastos não cresceram tanto. É interessante notar que a receita total realizada superou todas as previsões, enquanto os gastos ficaram abaixo das estimativas - a receita de contribuições sociais teve um crescimento real de 21% em relação a 1984, e o gasto total, apenas 4,5%.

O crescimento da receita pode ser atribuído basicamente ao reaquecimento da economia, com a criação de novos empregos e o aumento do salário real, que impulsionaram o crescimento da folha de salários. Também se tomaram medidas para reforçar as receitas. O decreto nº 91.406, de 5 de julho, antecipou o recolhimento das contribuições das empresas, representando, segundo cálculos do Ministério, recursos adicionais de Cr\$ 4 trilhões. Além disso, aplicações financeiras no Banco do Brasil de saldos de arrecadação resultaram num ganho adicional de Cr\$ 2,940 trilhões. Na área de relacionamento com os bancos,

é importante assinalar o resultado obtido no litígio em que era cobrada da Previdência uma dívida adicional referente a alterações na taxa de juros por antecipações feitas pela rede bancária. Em parecer, o Consultor Geral da República concluiu pela inexistência da alegada dívida, dando ganho de causa à Previdência. Lançou, também, as bases para um aperfeiçoamento do convênio com a rede bancária, o qual foi negociado pela Previdência e os bancos ao longo do ano.

Em relação às transferências da União, houve um repasse no ano de Cr\$ 3.083.648,00 - apenas 4,73% da receita total - , quando a sua responsabilidade legal perfazia Cr\$ 8,103 trilhões. Assim, a dívida da União acumulada resultou em Cr\$ 5,460 trilhões.

O combate às fraudes e irregularidades e a melhoria operacional do sistema - fatores especialmente enfatizados pelos técnicos do Ministério - podem ter influenciado o bom desempenho financeiro de 1985. Nessa área, uma série de medidas foram implementadas, tais como a auditoria dos benefícios em manutenção; a expansão do sistema de controle médico pericial; o aperfeiçoamento dos mecanismos de controle de pagamentos de serviços médico-hospitalares contratados; a suspensão do programa de tratamento médico no exterior; o aperfeiçoamento do sistema de cobrança de contribuições previdenciárias em atraso, via exigência de garantia real e instituição de nova certidão negativa de débito. Os resultados financeiros dessas medidas, entre tanto, não são passíveis de avaliação precisa, dada a inexistência de mecanismos de acompanhamento. Mas, desde que não se traduzam em prejuízos para os beneficiários, representam dados positivos no aperfeiçoamento e agilização do sistema previdenciário.

Na lógica de ação do Ministério, o saneamento financeiro obtido em 1985 abriu espaço para que se pensasse em medidas capazes de promover alterações estruturais no sistema previdenciário. Embora as duas ordens de questões - o equilíbrio financeiro e a equidade social - não devam ser tratadas como ações excludentes, a relativa folga financeira amplia as possibilidades de tratamento dos problemas relativos ao perfil de financiamento e gasto.

1.3. Alterações na Estrutura do Financiamento

A necessidade de repensar a estrutura de financiamento do sistema previdenciário resulta de duas ordens de problemas já mencionados: a vulnerabilidade financeira e as iniquidades sociais. A ação no sentido de alterá-la deveria considerar conjuntamente os dois problemas, para que o sistema se torne mais justo e equilibrado financeiramente.

Muitas têm sido as propostas a respeito das alterações necessárias. Do ponto de vista da capacidade de sustentação financeira do sistema, tem-se firmado a proposta de que seja resolvida através da diversificação das fontes de financiamento, e não simplesmente com a substituição por uma base de incidência das contribuições da empresa mais ampla (estiveram em debate a utilização do faturamento e do valor adicionado). Isso porque a diversificação criaria um espectro de fontes passível de compensação de perdas e ganhos decorrentes de alterações na conjuntura econômica, além de abrir perspectivas mais favoráveis a longo prazo.

Quanto à geração de maior equidade, o debate privilegiou a discriminação que a folha de salários como base introduz entre as empresas, prejudicando as pequenas e médias, que utilizam maior proporção de mão-de-obra em relação ao capital. Tratava-se, portanto, de alterar a base de incidência das contribuições. Em relação ao aspecto da discriminação das empresas e dos efeitos sobre emprego e renda, os debates e pesquisas sobre as diversas bases de incidência são inconclusivos, mesmo porque o repasse aos preços de bens e serviços faz com que o ônus efetivo das contribuições recaia sobre os consumidores em geral.

Assim, do ângulo da equidade social, é necessário considerar os aspectos relativos aos segurados e beneficiários. A inclusão de recursos fiscais como fonte de financiamento abriria espaço para a universalização e uniformização dos benefícios e serviços previdenciários, sem com isso produzir efeitos redistributivos indesejáveis. Além disso, desde que o sistema tributário seja justo e progressivo, aumenta a capacidade de operação do sistema previdenciário como instrumento de redistribuição de renda pelo ângulo do financiamento. Entretanto o his-

tórico de irregularidade e diminuição dos recursos do orçamento fiscal para a área social coloca problemas para que alguns programas venham a ser financiados exclusivamente por eles. Nesse sentido, seria preferível garantir recursos fiscais como uma das fontes de financiamento do gasto previdenciário.

Apesar das discussões sobre o tema e da existência de algumas propostas, inclusive a nível ministerial, apenas em 1985 a nova administração passou efetivamente a considerar a necessidade de alteração da estrutura de financiamento. Não houve resultado concreto, mas várias iniciativas foram tomadas nesse sentido.

Em termos da redução das iniquidades sociais, o Ministério propôs a extinção das contribuições incidentes sobre aposentadorias e pensões. De acordo com estudos realizados pelo próprio Ministério, a isenção total das contribuições reduziria a arrecadação em aproximadamente Cr\$ 350 bilhões em 1985 e 2% do total de receitas em 1986 - montantes suficientes para a manutenção das atividades da LBA e FUNABEM - e beneficiaria 8,3 milhões de aposentados e pensionistas em 1985. Outra hipótese aventada - a isenção seletiva das contribuições para benefícios de valor igual ou inferior a 3 salários mínimos - representaria uma redução dessas contribuições em torno de 40% a 50% e beneficiaria 7,5 milhões de pessoas (90% de aposentados e pensionistas). Pode-se observar que do ponto de vista do beneficiário a isenção da contribuição seria altamente positiva, dado o baixo valor dos benefícios, que é incapaz de atender aos requisitos de um padrão de vida socialmente justo. As propostas do Ministério, no entanto, foram recusadas pela área econômica.

Foram também iniciados estudos para promover a alteração das contribuições dos autônomos, a fim de desonerar aqueles situados em faixas salariais mais baixas. Nesse sentido, é conhecida a inadequação da legislação vigente em relação à realidade de emprego e renda dos autônomos de baixa renda, e medidas de alteração poderiam incorporar alguns segmentos hoje excluídos do sistema pela ausência da capacidade contributiva normalmente requerida.

O Ministério realizou ainda estudos para diversi

ficar as fontes de financiamento, privilegiando os aspectos de estabilização da receita previdenciária e de redução do ônus das pequenas e médias empresas, que pagariam proporcionalmente mais, quando utilizada a folha de salários como base. As propostas, ainda não implementadas, são: instituição de uma contribuição adicional para as empresas com maior intensidade de capital e lucratividade, incidindo sobre o resultado operacional, e extinção do teto de rendimento sujeito à contribuição com base na folha de salários. Isso poderá representar um efetivo reforço da receita previdenciária, dependendo da definição precisa da base e da forma de implementação a ser adotada. A eliminação do teto pode significar um aumento imediato de receitas.

2. Política de Benefícios

A concessão e manutenção de benefícios em dinheiro a cargo do INPS constitui uma das principais bases do sistema de proteção social brasileiro e a atividade central do SINPAS, pelo ângulo do volume de recursos financeiros envolvidos e do número de pessoas beneficiadas.

Os benefícios visam a assegurar à população a manutenção de renda em casos de perda temporária ou permanente de rendimento derivada dos riscos de incapacidade, idade, tempo de serviço, prisão ou morte, assim como a suplementação de renda em caso de encargos familiares.

A distribuição desses benefícios segue regimes distintos - o urbano, o rural e o do servidor público federal.

O primeiro abrange trabalhadores urbanos (CLT), empregados domésticos, trabalhadores autônomos, avulsos e temporários, titulares de firma individual urbana, diretores, membros de conselho e sócios de empresa urbana e rural. Esse plano compreende 18 espécies de benefícios de três tipos: individuais, para os segurados (aposentadorias por invalidez, idade, tempo de serviço e especiais; abono de permanência em serviço; auxílio-doença; pecúlio; benefícios derivados de acidente de trabalho e doença profissional, sujeitos a legislação própria), familiares (auxílio-natalidade, salário-família e salário-maternidade) e para os dependentes dos segurados (pensão, auxílio-fun

ral, auxílio-reclusão e pecúlio). A esses, soma-se a Renda Mensal Vitalícia, concedida a inválidos e idosos com mais de 70 anos.

O plano rural abrange 6 espécies de benefícios: aposentadorias por invalidez e idade, auxílio-doença acidentário, auxílio-funeral, pensão (o empregador rural não tem direito à aposentadoria por invalidez e ao auxílio doença acidentários). Inclui ainda a renda mensal vitalícia para inválidos e idosos com mais de 70 anos.

O regime do servidor público federal inclui as pensões vitalícias, especial e temporária e o pecúlio especial, além da aposentadoria assegurada pelo Estado. Para o estudante, há um plano específico facultativo que prevê auxílio-invalidez, pensão e pecúlio por morte.

O conjunto de segurados e beneficiários tem direito aos serviços sociais e a reabilitação profissional a cargo do INPS, assim como a assistência médica, de competência do INAMPS.

Foi durante os anos 70 que se configurou esse perfil de benefícios. Alterações institucionais e ampliação da cobertura, com incorporação de novos segmentos sociais (trabalhador rural, empregado doméstico, empregador rural) e benefícios (salário-família, renda mensal vitalícia, salário-maternidade) foram marcas daquela década. Esse processo representaria, na opinião de alguns analistas, a última fase evolutiva da Previdência brasileira, colocando-a entre as mais avançadas do mundo, dada a universalização e a predominância do objetivo redistributivo. Tal avaliação, apesar da expansão inegável da cobertura, deixa de considerar as características negativas do perfil de benefícios sob o qual este sistema ampliou-se. Desigualdades, distorções e diferenças o caracterizam, posto que concebido e implementado na ausência de participação da sociedade e pautado por uma visão contratual de direito social. As injustiças no plano, ao lado do mau atendimento aos beneficiários, constituem o núcleo dos problemas da Previdência cuja consideração coloca a necessidade de alterações e construção de um novo perfil de benefícios.

2.1. Cobertura e Evolução Recentes

Os dados de crescimento da população coberta e do número de benefícios expressam a expansão da cobertura ocorrida na década de 70 e o dinamismo do sistema - a população coberta em 1978 estava na casa dos 63,9 milhões, passando a praticamente 100 milhões em 1984. A tabela I mostra a distribuição por estado e região da clientela previdenciária em 1984. Se considerarmos que neste ano a população urbana era de 95.320.000, segundo a FIBGE, 60% eram cobertos pela Previdência. No caso da população rural, estima-se como assistido o conjunto da população do setor, ainda que se saiba estarem aí segmentos extremamente carentes da população, mal informados sobre os benefícios e serviços a que teoricamente têm direito e a que o acesso é limitado.

Em 1984, ainda, havia 25.065.494 contribuintes, sendo 19.673.915 empregados e 1.649.310 autônomos.

O crescimento do número de benefícios em manutenção revela também a expansão do sistema:

BENEFÍCIOS EM MANUTENÇÃO - 31 de Dezembro* (prestação continuada)

Tipo	Ano	1980	1981	1982	1983	1984	1985
Urbano		5.312.706	5.713.094	5.980.174	6.552.134	6.674.643	7.101.399
Rural		2.466.523	2.828.777	3.039.126	3.252.486	3.473.377	3.633.725
Total		7.779.229	8.541.871	9.019.300	9.804.620	10.148.020	10.735.124

* exclui os benefícios do Servidor Público Federal

Observa-se que o número de benefícios aumentou de 7.779.229 para 10.735.124, representando um acréscimo de cerca de 38% em 5 anos.

As taxas de crescimento do número de benefícios em manutenção têm se mantido elevadas, em geral, ainda que não uniformes. O quadro a seguir indica essas taxas.

TABELA I

ESTIMATIVA DO NÚMERO DE BENEFICIÁRIOS DA PREVIDÊNCIA E
ASSISTÊNCIA SOCIAL POR UNIDADES DA FEDERAÇÃO -EM 1984

MPAS-IAPAS

SPI

UNIDADES DA FEDERAÇÃO	SEGURADOS/DE PENDENT. UR- BANOS (1)	ASSISTIDOS RURAIS (2)	SOMA	% S/TOTAL BRASIL
NORTE	2.324.825	3.294.000	5.618.825	5,62
Acre (3)	344.650	548.000	892.650	0,89
Amazonas (4)	639.170	613.000	1.252.170	1,25
Pará (5)	1.341.005	2.133.000	3.474.005	3,48
NORDESTE	12.250.762	17.748.000	29.998.762	30,02
Maranhão	1.203.143	3.006.000	4.209.143	4,21
Piauí	707.810	1.290.000	1.997.810	2,00
Ceará	1.785.918	2.434.000	4.219.918	4,22
R.G. Norte	620.660	772.000	1.392.660	1,40
Paraíba	883.558	1.287.000	2.170.558	2,17
Pernambuco	2.293.493	2.366.000	4.656.493	4,66
Alagoas	689.300	1.041.000	1.730.300	1,73
Sergipe	451.180	535.000	986.180	0,99
Bahia	3.615.700	5.017.000	8.632.700	8,64
SUDESTE	34.822.235	7.822.000	42.644.235	42,68
Minas Gerais	6.028.252	3.866.000	9.894.252	9,90
Esp. Santo	983.820	646.000	1.629.820	1,63
R. Janeiro	8.077.354	842.000	8.919.354	8,93
São Paulo	19.732.809	2.468.000	22.200.809	22,22
SUL	9.606.350	6.083.000	15.689.350	15,70
Paraná	3.459.038	2.487.000	5.946.038	5,95
S. Catarina	1.854.848	1.380.000	3.234.848	3,24
R.G. do Sul	4.292.464	2.216.000	6.508.464	6,51
CENTRO-OESTE	3.659.563	2.313.000	5.972.563	5,98
Mato Grosso	463.713	569.000	1.032.713	1,03
M. Grosso Sul	520.110	370.000	890.110	0,89
Goiás	1.391.135	1.335.000	2.726.135	2,74
D.Federal	1.284.605	39.000	1.323.605	1,32
BRASIL	62.663.735	37.260.000	99.923.735	100,00

1 - Resultado do produto do número de segurados urbanos pelo fator 2,5.

2 - Corresponde à população rural estimada pela FIBGE.

3 - Inclusive Rondônia

5 - Inclusive Amapá.

4 - Inclusive Roraima

TAXAS DE CRESCIMENTO DO NÚMERO DE BENEFÍCIOS EM MANUTENÇÃO

31 de dezembro

Em % ano a ano	1980	1981	1982	1983	1984	1985
Urbano		7,5	4,7	9,6	1,9	6,4
Rural		14,7	7,4	7,0	6,8	4,6
Total		9,8	5,6	8,7	3,5	5,8

Examinando-se o número dos principais benefícios de prestação continuada em manutenção segundo os regimes (tabela II), observa-se na previdência social urbana uma grande concentração dos beneficiários nas pensões e aposentadorias por invalidez. No caso dessas últimas, tal concentração deriva provavelmente das precárias condições sanitária e sócio-econômicas. Também as pensões guardam uma provável relação com essas condições. Nesse sentido, observa-se também um grande número de auxílios-doença e renda mensal vitalícia.

Nota-se também um grande número de aposentadorias por tempo de serviço, com taxas elevadas de crescimento no período. Tal fato deve-se ao início precoce do trabalho e à legislação que permite a aposentadoria aos 30 e 35 anos de serviço, conforme o sexo, sem a exigência de requisito de idade e 5 anos de contribuição. As taxas de crescimento elevadas são mais difíceis de explicar - talvez a aposentadoria tenha se tornado uma opção num momento de crise econômica (avaliação que encontra algum respaldo na diminuição dos abonos de permanência em serviço). As aposentadorias por tempo de serviço, além da elevada participação em número (em torno de 31% em média do total de aposentadorias urbanas em manutenção no período 1979/82), têm a maior participação em valor (em torno de 53% em média, em 1979/82).

No caso da previdência rural, o número de beneficiários concentra-se de forma distinta na aposentadoria por velhice. Essa observação é válida para o trabalhador e o empregador rural.

A evolução do número de benefícios pode ser ana-

lisada também pelo ângulo da concessão, cujo quadro é o seguinte:

NÚMERO DE BENEFÍCIOS CONCEDIDOS*

Tipo	Ano	1981	1982	1983	1984
Urbano		3.480.609	3.413.330	3.301.915	2.829.470
Rural		452.596	485.965	463.199	467.955
Total		3.933.205	3.899.295	3.765.114	3.297.425

* exclui os benefícios do Servidor Público Federal

Observa-se que, pelo lado da concessão de benefícios, os dados têm mostrado uma redução significativa no período 1981-84, expressão dos constrangimentos financeiros e de medidas contencionistas, a par das tentativas de introdução de maior rigor nos critérios de concessão.

Dados mais detalhados disponíveis para o primeiro semestre de 1985 mostram algumas reduções significativas na manutenção e/ou concessão de alguns benefícios em relação a igual período de 1984.

COMPARATIVO 1º SEMESTRE 1984/1º SEMESTRE 1985: CONCESSÃO E MANUTENÇÃO

Benefícios	Manutenção	Concessão
Auxílio doença	- 6,2% (*)	- 3,8%
Aposentadoria por invalidez previdenciária	-	-10,4%
RMV invalidez	- 0,3% (*)	-22,4%

(*) período de janeiro a maio

Tais reduções são, atribuídas pelos técnicos do INPS a mudanças de conduta técnica e ao maior rigor e zelo pro-

BENEFÍCIOS EM MANUTENÇÃO, POR ESPÉCIE, SEGUNDO O REGIME - 1980-84

Especificação	Benefícios em Manutenção em 31-12				
	1980	1981	1982	1983	1984
PREVIDÊNCIA SOCIAL URBANA	5.312.706	5.713.094	5.980.174	6.552.134	6.674.643
Aposentadoria por invalidez	1.079.662	1.146.445	1.203.375	1.320.524	1.321.975
Aposentadoria por velhice	268.246	313.624	361.578	422.586	471.943
Aposentadoria por tempo de serviço	846.343	846.343	920.589	1.042.279	1.085.752
Abono de permanência em serviço	127.465	121.633	120.561	120.608	103.022
Pensões	1.221.232	1.316.736	1.387.851	1.496.751	1.577.776
Auxílio reclusão	3.582	4.039	3.610	4.050	4.191
Auxílio-doença	691.530	753.049	753.578	861.158	813.558
Renda mensal vitalícia	920.736	933.527	915.779	939.218	926.040
Salário família de segurado	-	-	-	-	-
Salário maternidade	-	-	-	-	-
Benefícios por acidente do trabalho	238.036	277.698	313.253	344.960	370.386
PREVIDÊNCIA SOCIAL RURAL	2.466.523	2.828.777	3.039.126	3.252.486	3.473.377
Aposentadoria por invalidez	206.430	310.281	357.892	407.003	439.235
Aposentadoria por velhice	1.473.924	1.602.627	1.671.556	1.746.861	1.810.868
Pensões	460.491	543.395	609.460	670.491	752.838
Renda mensal vitalícia	323.974	370.060	397.127	424.502	465.793
Benefícios por acidente do trabalho	1.704	2.414	3.091	3.629	4.643
PREVIDÊNCIA SOCIAL DO FUNCIONÁRIO FEDERAL	121.704	127.169	130.617	137.288	140.730
Pensões	121.704	127.169	130.617	137.288	140.730
Total Geral	7.900.933	8.669.040	9.149.917	9.941.908	10.288.750

FONTE: Coordenadoria de Informática da Secretaria de Planejamento do INPS, em 05.03.85.

NOTA: Exclui-se na Previdência Social Rural auxílio-doença por acidente do trabalho.

fissional na perícia, obedecendo às diretrizes da nova administração de alcançar conclusões médico-periciais mais criteriosas, sem prejuízo dos beneficiários, assim como a processos de revisão de benefícios em manutenção. Os indicadores de redução, entretanto, devem ser tomados com cautela, seja porque podem estar expressando medidas de contenção através de critérios mais rigorosos de concessão, introduzindo prejuízos não controláveis aos beneficiários, seja porque ao longo dos anos a evolução do número de benefícios tem sido errática para algumas espécies. É importante notar que na administração anterior, em que o controle do número de benefícios era instrumento provável de contenção de gastos, já vinha ocorrendo diminuição na concessão - as aposentadorias por invalidez concedidas diminuíram 46% em 1984 em relação a 1983, e os auxílios-doença, 10%.

Em relação ao comportamento do gasto com benefícios, observa-se que absorveu parcelas crescentes da receita de contribuições sociais:

**PARTICIPAÇÃO DA DESPESA DE BENEFÍCIOS NA RECEITA DE
CONTRIBUIÇÕES SOCIAIS ***

Ano	1980	1981	1982	1983	1984
%	74,60	79,71	71,55	80,34	80,06

* exclui as despesas e receitas relativas aos benefícios do Servidor Público Federal

Essa situação, reflexo das elevadas taxas de crescimento real do gasto no início da década - em torno de 10% ao ano, utilizando como deflator o INPC -, tornou-se preocupante num momento de declínio das receitas previdenciárias. Foram apontadas por alguns técnicos e analistas certas causas prováveis desse comportamento do gasto com benefícios: crescimento acelerado do número de beneficiários em decorrência da passagem para a inatividade; aumento da expectativa de vida, ocasionando maior tempo de permanência enquanto beneficiário; criação de novos benefícios; elevação do valor médio de concessão de certos benefícios frente àqueles em manutenção; políti-

ca salarial vigente no período novembro 1979/janeiro 1983, que concedeu reajustes de benefícios em média superiores às variações do INPC; inexistência de mecanismos de controle, facilitando o acesso e o pagamento fraudulentos de benefícios.

Em 1985, a taxa de crescimento real do gasto com benefícios teria sido de 6%, portanto inferior à média dos anos anteriores e explicada pelos técnicos do Ministério como resultado do controle de fraudes na concessão e pagamento de benefícios.

Várias dificuldades, entretanto, problematizam uma avaliação precisa do comportamento do gasto no período recente, assim como o resultado do ano de 1985. Se há, por exemplo, uma relação entre o número de benefícios concedidos e sua permanência em manutenção, as informações não são precisas e seu comportamento não é uniforme no tempo - mesmo no caso das aposentadorias urbanas que têm maior participação relativa no gasto -, dificultando as inferências a respeito da relação concessão/permanência e gasto. Além disso, a ausência de cadastros de segurados e beneficiários não permite tirar conclusões seguras sobre os valores dos novos benefícios concedidos. Finalmente, as alterações na fórmula de cálculo e os mecanismos de indexação dos benefícios interferem no comportamento do gasto. Em relação a esses últimos, a política salarial vigente entre 1979 e 1983 pode ter impulsionado o crescimento do gasto; entretanto, práticas de cálculo do reajuste, assim como o atraso do pagamento via carnês, podem ter arrefecido os impactos da política salarial naquele período. A partir de 1983, com a exclusão de reajustes acima do INPC, a política salarial pode não ter forçado a elevação real dos gastos, a não ser por efeitos acumulados. Em relação às fraudes, a inexistência de mecanismos de avaliação e acompanhamento dificulta opiniões conclusivas.

Assim, tanto os indicadores de crescimento do gasto no início da década, quando se sabia do exercício de uma política de contenção de gastos, quanto o resultado de 1985, apresentado como indicação de controle de fraudes e moralização, devem ser tomados com cautela, aguardando uma avaliação em que se disponha de dados mais precisos e confiáveis.

2.2. Características

Para analisar as características do perfil de benefícios, tomemos em primeiro lugar a Previdência Social urbana, que constitui o núcleo da política de benefícios, pois é o plano mais completo, atinge um segmento social maior e mais organizado, envolve maior volume de gasto e expressa a concepção dominante nos últimos anos de política de proteção social.

O plano urbano é estruturado por uma concepção de seguro social público no qual o acesso aos benefícios e seu valor dependem respectivamente do vínculo contributivo e do valor das contribuições. Distingue-se de um programa de seguro privado tanto por seu caráter compulsório quanto pelo fato de operar em regime de repartição simples, e não de capitalização. Visando principalmente a manutenção da renda frente aos riscos sociais, os mecanismos de acesso aos benefícios dependem da obtenção e manutenção do emprego: ele gera o vínculo contributivo, e sua manutenção é necessária por haver prazos de carência para o acesso a alguns benefícios, assim como se perde a condição de segurado após períodos determinados sem contribuição.

A relação entre contribuições e benefícios expressa, assim, um caráter de contrato dos direitos sociais, gerando iniquidades e distorções. Exclui os subempregados, aos quais resta a opção de participar do sistema como autônomos, e os desempregados, seja porque a partir de um certo período perdem a condição de segurados, seja porque não são contemplados no elenco de benefícios previdenciários. É assim que, ainda que previsto constitucionalmente, o seguro-desemprego é o grande ausente da política de proteção e deveria constar das prioridades de uma nova política.

Além disso, aquela relação apenas reproduz as disparidades anteriores de emprego e salários, e de forma ampliada pela fórmula de cálculo dos benefícios, que não contempla nenhum princípio de seletividade que privilegie as camadas de baixa renda.

No caso da aposentadoria por invalidez - risco social dos mais cruciais -, os dados têm mostrado que a maioria dos segurados que requer este benefício situa-se em faixas

as etárias baixas e com tempo de serviço inferior a 15 anos, resultando, pela fórmula do cálculo do benefício, numa aposentadoria bem inferior ao salário anterior.

O quadro abaixo, referente a valores de novembro de 1982, indica a distribuição em valor de alguns benefícios em relação ao salário mínimo.

Tipo	Aposentadoria por invalidez	Aposentadoria por idade	Aposentadoria por tempo de serviço	Auxílio doença	Pensão
Valor médio	1,26	1,78	3,78	1,20	0,97
Valor mediano	0,69	0,78	3,22	-	-

Além do baixo valor médio dos benefícios, um maior número deles concentra-se abaixo desse valor, indicando a concessão de benefícios inferiores ao salário mínimo. Cálculos de setembro de 1985 mostravam que 69% dos benefícios em manutenção concentravam-se na faixa de até um (01) salário mínimo, e 90% na faixa de até três (03) salários mínimos.

O benefício de mais alto valor médio é a aposentadoria por tempo de serviço, fazendo que tenha, como já foi observado, a maior participação relativa no valor das aposentadorias urbanas. A aposentadoria por invalidez, a seu turno, corresponde em média, no período 1979/82, a 51% do número e tão somente a 29% do valor das aposentadorias urbanas em manutenção.

Vale ressaltar, portanto, que no próprio interior das aposentadorias urbanas existe grande disparidade. As aposentadorias especiais por condições de insalubridade ou referentes a profissões específicas introduzem também elementos de discriminação no que se refere ao tempo mínimo de serviço requerido e à renda mensal que poderá ser auferida pelo inativo.

Relacionam-se aos benefícios familiares apenas

o salário-maternidade (manutenção integral do rendimento da segurada durante 12 semanas na ocasião do parto, 5% do salário mínimo regional vigente por filho de até 14 anos ou inválido) e o auxílio-natalidade (pagamento único de valor igual ao do valor de referência) que, conjugados ao valor ínfimo do salário-família, revelam um aspecto frágil da proteção social, quando comparado a sistemas previdenciários de outros países. Isso leva a considerar a necessidade de reavaliação desses benefícios, com a possibilidade de introdução de critérios de seletividade na concessão, discriminando positivamente as famílias de baixa renda.

Se o plano urbano de benefícios - considerado por alguns expressão também da "modernidade" do sistema - abriga o conjunto de iniquidades descrito acima, outras desigualdades permeiam aqueles planos que incluem um princípio redistributivo.

No conjunto de benefícios, as exceções ao princípio de seguro social são a renda mensal vitalícia, também contemplada no plano urbano, e os benefícios para o trabalhador rural. Tais programas não têm relação contributiva direta do beneficiário, o que representa a introdução de um princípio redistributivo, favorecendo segmentos sociais carentes. Entretanto, perversamente, são os benefícios que apresentam as maiores deficiências em relação ao valor e à diversificação. A renda mensal vitalícia corresponde a 0,5 salário mínimo - no setor urbano, correspondia em média, no período 1979/82, a 16,67% em número e 5,92% em valor das aposentadorias em manutenção. Os benefícios ao trabalhador rural têm cobertura limitada (só há auxílio-doença acidentário), estão sujeitos a uma série de restrições na concessão (a aposentadoria por velhice, por exemplo, é concedida apenas a uma pessoa da unidade familiar), e seus valores variam de 0,5 a 0,75 salários mínimos. Gerou-se assim uma grande disparidade entre os programas urbano e rural, fazendo que os benefícios rurais participem em média em apenas 15% do gasto com benefícios de prestação continuada, quando em número representam 30% (dados de 1985 indicam 15% e 33%, respectivamente).

Do ponto de vista da cidadania, são esses pro-

gramas que rompem com o caráter de contrato dos direitos sociais embutido no sistema de benefícios urbano, passando a fundamentá-los no trabalho e, dessa forma, projetando um perfil de proteção social mais justo. Entretanto, se do ponto de vista da concepção são mais completos, as desigualdades apontadas indicam a necessidade de alterações nos programas.

2.3. Gestão 85 e Perspectivas

A expansão inegável do sistema de benefícios ocorrida nos últimos anos, em termos institucionais e de cobertura, moldou ao mesmo tempo, como vimos, um perfil de benefícios pouco capaz de atuar no sentido redistributivo e de ter efetividade na solução dos problemas sociais. O grande desafio herdado pela nova administração refere-se à ampla reformulação do plano de benefícios, cuja expansão não correspondeu a uma redefinição dos benefícios e de seus valores segundo critérios de justiça social, incorporando-os como direitos básicos da cidadania.

Tal perspectiva não esteve presente nas administrações anteriores a 1985, em que os benefícios interessavam enquanto componentes de um gasto crescente que precisava ser controlado. A transição política e o clima mais democrático que marcaram o ano de 1985 impuseram que a questão social aflorasse como problema crítico e inadiável. No âmbito do Ministério da Previdência e Assistência Social, esse processo manifestou-se na consciência da necessidade de redirecionar o modelo de proteção social visando a um sistema de proteção mais justo, equitativo e humanizado.

No que diz respeito ao sistema de benefícios, as principais metas da gestão Waldir Pires eram:

- equalizar o atendimento previdenciário, eliminando as discriminações mais gritantes, em particular as diferenças dos programas urbano e rural;
- tornar o sistema mais seletivo, atendendo prioritariamente os segurados de baixa renda;
- aperfeiçoar os critérios e métodos de controle e perícia médica para concessão de benefícios, assim como promover a re-

visão de benefícios em manutenção para correção de fraudes e dos sistemas de pagamento dos benefícios;

- agilizar e simplificar o atendimento aos beneficiários.

Durante o ano, houve diversas iniciativas no sentido de agilizar a concessão de benefícios e o atendimento dos usuários e aperfeiçoar os mecanismos de controle - diminuição da rotina na concessão de auxílio-doença; estudos para rever o sistema de pagamento de benefícios, ampliando o pagamento em conta corrente, e para aperfeiçoar os mecanismos de controle da concessão e manutenção dos benefícios, cadastro dos beneficiários, etc. Essas iniciativas, apesar de colocarem a perspectiva de um melhor atendimento ao beneficiário, não se traduziram ainda em resultados visíveis nesse sentido. Há que se considerar em parte seu próprio teor geralmente de médio prazo. Os técnicos do Ministério avaliam que há um saldo positivo nos mecanismos de controle, com a constatação e eliminação de fraudes e irregularidades na concessão e manutenção de benefícios.

As principais medidas encaminhadas no ano foram:

- sistema de pagamento: novos mecanismos, como a Relação de Conferência de Pagamentos autorizados, já implantada em todas as unidades federais, e o Cartão Magnético em fase de estudo;
- auditoria dos benefícios em manutenção: aposentadoria por idade, tempo de serviço e precedida de abono de permanência aposentadoria paga com acúmulo de benefícios e aposentadoria que nos últimos seis (06) meses tenha sofrido alteração do valor;
- auditoria dos benefícios por incapacidade derivada de acidente de trabalho. Resultado: de 122.588 exames realizados, manutenção de 70.197 e cessação de 52.491;
- exame médico pericial de revisão de auxílio-doença com mais de 180 dias. Revisão de 136.570 (jan-out), prorrogação de 99.421 e cessação de 37.149;
- da auditoria resultou economia de recursos de 1,2 trilhão no ano;

- expansão do Sistema de Controle Médico-pericial para 6 novas Coordenadorias de Perícias Médicas,
- modernização dos postos de atendimento aos segurados;
- realização de levantamento de arquivos disponíveis na DATA PREV e dimensionamento do projeto de implantação do Cadastro de Segurados;
- racionalização e desburocratização da sistemática de concessão de benefícios.

No tocante às iniquidades, foi privilegiada a revisão do plano de previdência para o trabalhador rural. Nesse sentido, negociações com representações patronais e de trabalhadores rurais resultaram em um projeto de ampliação da previdência rural a ser encaminhado ao legislativo.

Tal projeto contempla um plano básico e um plano complementar opcional.

O primeiro prevê ampliação dos benefícios do atual PRORURAL: concessão de auxílio doença previdenciário, e não apenas acidentário, e extensão do direito à aposentadoria por idade e invalidez e ao auxílio-doença para o cônjuge dependente, se trabalhador rural.

O plano complementar prevê acréscimos dos valores dos benefícios do plano básico e ampliação dos benefícios, incluindo auxílio-natalidade, auxílio-reclusão, benefícios devidos em caso de acidente de trabalho, reabilitação profissional; a aposentadoria por idade passaria a ser aos 60 anos para ambos os sexos.

Em relação ao financiamento, o plano básico mantém os mecanismos atuais, ampliando as alíquotas de contribuição do produtor rural (de 2,5% para 3,5%) e da empresa urbana (de 2,4% para 3,0%, sendo 2,8 para o PRORURAL). O plano complementar será custeado por contribuições do segurado com alíquotas de contribuição de 10% sobre um salário de contribuição que varia segundo uma escala de 0,5 a 5 salários mínimos.

A forma encontrada para ampliar os benefícios do trabalhador rural já aventada nas administrações anterior-

res, foi introduzir o princípio de seguro social no plano rural. Nesse sentido, ainda que estenda os benefícios e seus valores, representa um recuo na concepção redistributiva presente no PRORURAL, fazendo que os trabalhadores rurais que já têm melhores condições de trabalho e renda sejam os mais protegidos.

Apesar da ausência de alterações significativas, o ano de 1985 colocou a possibilidade de outros rumos para a política de benefícios. Ainda que pouco, a mera incorporação de questões fundamentais como a necessidade de uma revisão do plano de benefícios representa uma nova perspectiva em relação às administrações anteriores.

CAPÍTULO 3

ATENÇÃO À SAÚDE

1. Características Demográficas e Condições de Saúde da População Brasileira

Entre 1930 e os anos 80, profundas transformações estruturais caracterizaram o país - antes basicamente agrícola, hoje uma sociedade urbano-industrial marcada por grandes disparidades regionais - alterando o perfil da dinâmica demográfica tanto em termos de crescimento quanto dos componentes, distribuição espacial, composição e indicadores vitais da população.

De 50 milhões de habitantes, conforme o censo de 1950, o país alcançou 93.139.000 em 1970 e 119.099.000 em 1980. Nessa última década, a taxa média de crescimento demográfico foi de 2,48% ao ano, significando, em termos globais, um acréscimo de 26 milhões de habitantes, proporcionando um aumento relativo de 27,5% em relação aos dados censitários de 1970.

Algumas características da distribuição espacial desta população nos anos 70 merecem ser assinaladas:

a) aceleração do crescimento das cidades acima de 20 mil habitantes e das regiões metropolitanas como fontes de atração demográfica de outros Estados, destacando-se São Paulo;

b) migração estagnada e revertida nas áreas de fronteira de maior absorção em décadas anteriores, particularmente o fim das fronteiras do Paraná, Centro-Leste e Maranhão;

c) ocupação da fronteira amazônica, zona de colonização da década, destacando-se que, a partir de 1974, o novo Estado de Rondônia apresenta a mais alta taxa de incremento populacional dos últimos 40 anos, através da migração;

d) ritmo intenso do processo de industrialização em todas as regiões.

A população rural, que perdia importância gradativamente desde 1940, sofreu incremento negativo absoluto nas regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste entre 1970 e 1980: passou de 41.6 para 38.6 milhões de habitantes. As maiores quedas se verificaram nos Estados de Minas Gerais e Paraná, seguidos do Rio Grande do Sul e da Bahia.

Sem dúvida ocorreu uma vigorosa concentração populacional urbana para a qual contribuíram os processos imigratórios (rural-urbano), particularmente no Sudeste - pólo mais industrializado do país, onde foi menor o incremento natural da população. Ampliaram-se assim as demandas aos setores sociais, serviços e infra-estrutura, já que, em razão dos padrões concentradores de renda e da etapa recessiva, verificou-se também um adensamento dos níveis de pobreza da população.

Quanto à composição etária, a população brasileira, afetada por reduções marcantes das taxas de mortalidade e natalidade nas últimas duas décadas, apresenta-se basicamente jovem, com elevados índices para as faixas infantil e adolescente. Observa-se, porém, proporcionalmente a 1.000 pessoas de 15 a 64 anos, diminuição do contingente de menores de 15 anos, por redução da fecundidade - com consequentes alterações na taxa de dependência. A partir de 1960 ocorreu o aumento do número de pessoas com mais de 65 anos, denotando tendências já instaladas de envelhecimento da população, com reflexos nas demandas por serviços aos idosos e benefícios previdenciários.

No que se refere ao crescimento demográfico entre 1970 e 1980, o acréscimo global no volume de população não deve esconder a queda da taxa de crescimento: 2.89% ao

ano 1.

São responsáveis pela evolução do ritmo de crescimento populacional os componentes demográficos referentes à natalidade, mortalidade e migração líquida. Como a contribuição migratória ao incremento demográfico, foi inexpressiva desde 1940, reconhece-se unanimemente que o crescimento resultou da interação e diferença entre mortalidade e natalidade.

1.1. Natalidade e Mortalidade

O gráfico 1 anexo mostra o comportamento dos coeficientes de natalidade e mortalidade e do crescimento natural da população no período 1940-1980.

Ao longo dos anos 40 e 50 manteve-se a tendência do crescimento acelerado, na medida em que a queda da taxa de natalidade foi compensada pela queda de mortalidade. A partir de 1960, houve desaceleração desse crescimento: acentuou-se a queda da taxa de natalidade, que entre 1970 e 1980 sofreu rápido declínio - 17% em relação à década anterior ².

Análises recentes sobre a redução da natalidade apontam queda na Taxa de Fecundidade Total (T.F.T.), indicam mudanças no comportamento reprodutivo da população brasileira: a T.F.T. alcançou 5.76 na década de 1960-1970, declinando para 4.35 em 1970-1980 (IBGE/DESPO) (Ver tabela 1).

Nos níveis obtidos em 1970 ³ constatou-se que essa taxa sofreu uma queda de 25% de 1965 a 1975 (em comparação aos 8% obtidos no período 1940-1960), reduzindo-se em todas as

(1) Vide Merrick, T.W. e Berquó, E. The Determinants of Brazil's Recent Rapid Decline in Fertility. Committee on Population and Demography nº 23. National Academy Press. Washington, 1983; Martine, G. e Camargo, L. Crescimento e Distribuição da População Brasileira: Tendências Recentes. Revista Brasileira de Estudos de População - Campinas, 1 nº 1/2, jan/dez:99 - 142, 1984.

(2) Op. cit., Merrick e Berquó, p. 18.

(3) Vide Carvalho, José A.M. "Evolução Demográfica no Brasil", Pesquisa e Planejamento Econômico, Recente 10(2), 1981.

regiões do país, inclusive Nordeste ⁴.

Conforme dados do IBGE/DESPO, os mais baixos índices da T.F.T., registraram-se nas regiões Sul e Sudeste, economicamente mais dinâmicas; inversamente estes índices apresentaram-se mais elevados no Nordeste e no Norte, regiões de economia menos dinâmica.

Registraram-se diferenças na queda da T.F.T. entre 1960 e 1970 entre as áreas rurais e urbanas: 18% para as primeiras e para as segundas, 21%. As conclusões dos estudos são unânimes em imputar estes resultados ao aumento do peso significativo da população urbana na década de 1970-1980.

Determinantes da queda da T.F.T. estão sendo investigados. Merrick e Berquó (op. cit:58) destacaram a importância do declínio da fertilidade marital nos anos 70-80, explicado pelo aumento do uso de métodos anticoncepcionais mais efetivos (pílulas e esterilização) e em razão de um conjunto de fatores sócio-econômicos: alterações nos padrões de rendimento, melhoria dos níveis de instrução, maior participação feminina na força de trabalho, fatores estes associados à ampliação das expectativas de consumo, das informações sobre o planejamento da prole e da consciência sobre o controle da fertilidade.

Retomando o gráfico 1, verifica-se decréscimo na taxa bruta de mortalidade a partir dos anos 40 e acentuadamente na década de 1970-1980. O coeficiente de mortalidade geral reduziu-se de 14/1000 hab., em 1960, para 9/1000 hab. em 1980. Persistiram, porém, disparidades regionais e entre grupos sociais ⁵.

Apesar do processo de crescimento econômico e dos vários planos de desenvolvimento regional, nos anos 70 o Nordeste apresentou os maiores índices de mortalidade (12.1/1000 hab.) e o Sul, os menores (6.9/1000 hab.); as regiões Norte, Centro-Oeste e Sudeste tiveram respectivamente os índices 8.5, 7.5 e 6.9/1000 hab. ⁶.

(4) Op. cit., Martine e Camargo, p. 103.

(5) Vide: Ministério da Saúde/IBGE/DESPO.

(6) Ibidem.

As diferenças de comportamento da mortalidade entre os grupos sociais podem ser imputadas à desigualdade da distribuição do produto social, agravando-se os mecanismos concentradores da renda.

Houve também aumento da esperança de vida ao nascer observada no gráfico 2. Merrick e Berquó assinalaram uma elevação de 40%, de 1940 a 1980, além das disparidades regionais entre os anos 50 e 60.

Quanto à esperança de vida - que havia crescido doze anos entre 1950 e 1970 -, houve ganho de 5 anos de 1970 a 76, registrando-se 9% em São Paulo e no Nordeste, e 14% no Rio de Janeiro. Nos anos próximos a 1980, entretanto, a média nacional foi de 60 anos, mas o Nordeste atingiu apenas 52.6 - seguido das regiões Norte (62.4), Centro-Oeste e Sudeste (62.9) e Sul (64.9). Dados da PNAD/1975 indicam que na primeira metade dos anos 70 persistiram disparidades sociais em relação à esperança de vida: enquanto para os estratos de rendimentos superiores a 5 (cinco) salários mínimos a esperança era de quase 70 anos, para os de 2 a 5 SM atingia 64, e para os de rendimento de até 2 (dois) SM registrava-se menos que 60 anos (média do país).

Esses dados evidenciam a importância dos salários na garantia e melhoria dos níveis de saúde, fundamentais em relação às condições de vida e às chances de sobrevivência da população.

1.2. Mortalidade Infantil

São importantes indicadores das condições de vida e saúde da população o coeficiente de mortalidade infantil e a taxa de mortalidade infantil proporcional, bastante sensíveis às condições sócio-econômicas. A despeito dos sub-registros de óbitos, as informações disponíveis são valiosas.

A evolução da mortalidade infantil no país e nas capitais, na década 1970-1980 (tabela 2) mostra que o coeficiente oscilou bastante; atingiu o seu valor máximo de 103.5 em 1973 e 102.4 em 1975, indicando piora nas condições de saúde. Houve declínio em 1980, chegando-se a 67,8% no Brasil. Variações

regionais mostraram tendências de aumento para as Regiões Nordeste, Sudeste e Norte, com decréscimo nas regiões Sul e Centro-Oeste.

A região Nordeste, exceto nos anos de 1977 e 1980, sempre apresentou coeficientes de mortalidade infantil acima de 110/1000 nascidos vivos, atingindo em 1973 o valor máximo de 145.9/1000.

A evolução da mortalidade infantil proporcional (MIP) para o mesmo período (tabela 3) mostra a ocorrência de 27% dos óbitos totais em 1970, com o valor maior da década em 1975:31,4%. Os dados de 1981 mostram uma queda (21.9%), apesar do sub-registro, mas significam que de cada 100 óbitos ocorridos no país, 21 eram de crianças menores de um ano. Compare-se essa situação à de 1968, sobre a qual Yunes ⁷ mostrou que de cada 100 óbitos 25 eram de crianças menores de 5 anos.

A análise da MIP nas regiões brasileiras também estudada por Yunes no período 1968-1977 mostrou tendências de aumento para as regiões Nordeste, Norte e Sudeste e tendência de declínio na região Sul no período 1971-1977.

A região Centro-Oeste mostrou flutuações, porém a níveis sempre elevados. Barros ⁸, analisando dados fornecidos pelo Ministério da Saúde, registrou ainda elevados índices na MIP no Nordeste (33%) em 1980.

Dentre as principais causas dos óbitos de menores de 1 (um) ano, ocorridos no período de 1968-1977, Yunes observou as enterites, pneumonias e outras causas perinatais. Seguem-se as mal definidas, lesões ao nascer e parto distócico, deficiências nutricionais e demais doenças infecciosas e parasitárias. As doenças transmissíveis, no período, apresentaram as seguintes causas, de acordo com a ordem de frequência: sarampo, tétano, tuberculose, coqueluche, malária, pólio, doença meningocócica, difteria, febre tifóide e meningite sem especificação.

(7) Vide Yunes, J. - "Evolução da Mortalidade Infantil e Mortalidade Infantil Proporcional no Brasil". Pediatria. São Paulo, 3: 42-53, 1981.

(8) Vide Barros, M.B.A. - "Considerações sobre a Mortalidade no Brasil em 1980". Revista de Saúde Pública. São Paulo, 18: 122-37, 1984.

Conclui o autor que a maioria das causas de óbito ocorridas em crianças menores de um ano seriam evitáveis por imunização, tratamento preventivo, diagnósticos e tratamentos precoces e medidas de saneamento ambiental. Aponta ainda que a piora das condições de saúde das crianças relacionam-se a fatores extra-setoriais: aumento de concentração na distribuição de renda, inadequação nutricional, baixo nível de instrução e imigração intensa de populações rurais para as zonas urbanas. Os fatores intra-setoriais apontados referem-se à não priorização orçamentária do Ministério da Saúde, reduzindo a cobertura das ações preventivas, distorções nas prioridades para alocação dos recursos e baixa cobertura dos programas de vacinação.

Considerando as principais causas dos óbitos registrados no Brasil em 1980 para os diferentes grupos etários, Barros observou o seguinte:

a) menores de 1 ano: afecções perinatais (38.3%), doenças infecciosas e parasitárias (28.7%); doenças do aparelho respiratório (15,4%);

b) 1 a 4 anos: moléstias infecciosas e parasitárias (34.7%); doenças do aparelho circulatório (25.8%);

c) 5 a 19 anos: acidentes e envenenamentos (50.7%);

d) 20 a 49 anos: doenças cardiovasculares (24.3%); neoplasma (10,6%);

e) 50 anos e mais: doenças do aparelho cardiovascular (54.5%); neoplasma (16.0%).

A estrutura de causas de óbitos da população brasileira sofreu alterações significativas entre os anos 70 e 80. As doenças parasitárias, que ocupavam os primeiros lugares, são deslocadas para patamares secundários, substituídas pelos neoplasmas e doenças cardiovasculares.

As tabelas 4 e 5, referentes às principais causas de óbito na população das capitais das regiões brasileiras, indicam aquela tendência, consideradas agora as diferenças regionais.

A maior frequência das doenças cardiovasculares

pode ser atribuída à estafa, característica dos meios urbanos, onde está se concentrando a população, e ao aumento da expectativa de vida (maior contingente de idosos). As demais mudanças decorrem, em parte, da melhoria das condições de vida e da assistência materno-infantil, em algumas regiões.

As chamadas doenças do desenvolvimento (doenças do aparelho circulatório e neoplasias) e as doenças associadas ao subdesenvolvimento (infecciosas e parasitárias) caracterizam as diferenças regionais quanto às causas de óbito: as primeiras são as mais comuns nas regiões Sul e Sudeste, enquanto as segundas são mais frequentes no Norte e Nordeste.

1.3. Doenças Transmissíveis

Durante os últimos dez anos, o interesse das autoridades sanitárias por diferentes doenças variou bastante e assim, a fidedignidade das informações oscilou também. Sobre algumas doenças, como as de transmissão sexual, faltam dados para se formular um quadro da situação nacional ou de seu histórico ao longo da década. Em casos como o da esquistossomose e da Doença de Chagas, em que pese o tradicional interesse que despertam, a característica dos programas de controle não possibilita uma avaliação clara de novas ocorrências. Trabalha-se com estimativas, muitas delas feitas a partir de levantamentos restritos e pouco recentes, mas suficientes para traçar-se um quadro da evolução do comportamento de algumas doenças transmissíveis representativas entre 1970 e 1980.

Das doenças notificadas na tabela 6 - número de casos ocorridos nos anos 1969 a 1981 - seis se prestam melhor à análise proposta, por sua informação sanitária e por refletirem mais nitidamente as transformações gerais sofridas pela sociedade.

Hanseníase e Tuberculose

A população brasileira passou de 93,1 milhões de habitantes em 1970 para 119,1 milhões em 1980; no mesmo período, a incidência da hanseníase passou de 5.470 casos para 14.515 e a tuberculose, de 36.510 para 70.596 casos notificados, signi

ficando, respectivamente, a ocorrência de uma variação de 5,86 para 12,18 casos e de 39,17 para 59,27 casos por 100.000 habitantes (cálculo baseado na tabela 6).

Considerando-se que a tuberculose é endemia eminentemente urbana, é evidente que a urbanização e a metropolização verificadas na década não transcorreram sem um pesado ônus para a população pobre. A epidemiologia da hanseníase é mais complexa, sendo endemia urbana e rural. Como seu aumento verificou-se no país como um todo, é evidente que tanto a ocupação da Amazônia (a exemplo do que já ocorrera no início do século, no ciclo da borracha) como a urbanização do Sudeste (São Paulo) contribuíram para o aumento dos coeficientes observados.

Os programas de controle destas doenças baseiam-se na atenção médica, uma vez que a pedra de toque é o tratamento precoce e eficaz dos casos conhecidos e seus comunicantes; portanto, o aumento do número de casos destas duas doenças reflete também a ineficiência dos serviços de saúde. (Gráficos 3 e 4).

Malária

A ocupação da Amazônia, que se processou durante o período, sem dúvida determinou a inversão da tendência decrescente dos casos de malária, que vinha sendo observada desde a década de 1950. O ano de 1970 apresentou o menor número de casos até então registrados no país; em 1980, eles já haviam triplicado (Gráfico 5).

A construção de rodovias como a Transamazônica e de hidrelétricas, a implantação de projetos agropecuários e a extração de minerais levou grande número de migrantes à Amazônia, sem que se intensificassem as medidas de controle da endemia. Ainda que não houvesse expansão da área endêmica, o aumento do número de casos e a maior facilidade de comunicação entre a Amazônia e o resto do país fez com que a malária passasse a constituir uma ameaça potencial para regiões indenes há vários anos, como por exemplo, São Paulo.

Poliomielite e Varíola

Se, tuberculose, hanseníase e malária são reflexos do modelo econômico adotado durante esses dez anos, a poliomielite e a varíola podem ser vistas como exemplos típicos da política de saúde. Trata-se de doenças cuja erradicação depende de imunização em massa, com mobilização de grandes contingentes da sociedade - o que se conseguiu por decisão internacional de implementar programas de controle, independentemente de influências da estrutura social.

Mesmo assim o Brasil foi o último país da América a ter casos de varíola e um dos últimos do mundo. Também a poliomielite faz parte de um esforço internacional, ainda que não se preveja sua erradicação a curto ou médio prazo (Gráfico 6).

Doença Meningocócica

A doença meningocócica, de importância secundária até então, apresentou comportamento epidêmico na cidade de São Paulo em 1971, tendo entre seus principais determinantes as más condições de vida da periferia da maior metrópole do país. Em 1974, atingiu níveis jamais observados e espalhou-se pelas principais cidades do país, ainda que em proporções menores do que em São Paulo. Não se permitiu a discussão pública do problema, que foi encoberto até 1973; a necessidade de medidas drásticas para propiciar atendimento médico a todos, deu início em 1974, a uma campanha de imunização em massa conduzida "manu militari", que vacinou uma porção significativa da população de todo o país (Gráfico 7).

Na década de 70, portanto, aumentou a incidência das doenças infecciosas mais diretamente influenciadas pela deterioração das condições de vida (particularmente nas áreas urbanas) e por movimentos migratórios. As políticas de controle não levaram em consideração as transformações sociais do período, chegando a procurar ocultar o óbvio (como no caso da epidemia de doença meningocócica) ou anunciando programas que acabam caindo no esquecimento - caso do controle da esquistossomose. As únicas exceções foram as doenças controláveis por imunização.

Outras Doenças

Outras doenças, embora de menor impacto que as citadas, sofreram mudanças de comportamento que merecem menção.

A leishmaniose visceral, que era caracteristicamente rural, restrita a áreas remotas do sertão nordestino há 30-40 anos, revelou-se doença urbana, surgindo casos até no Rio de Janeiro e em São Paulo, ainda que isolados; firmou-se na Amazônia (Santarém) e em diversas capitais do Nordeste, como Fortaleza e João Pessoa. As leishmanioses tegumentares aumentaram sua incidência - resultado do intenso desmatamento nas fronteiras econômicas da Amazônia. O *Aedes aegypti*, mosquito vetor da febre amarela urbana, erradicado do país no início da década de 1950, depois de quase meio século de campanhas de saúde pública, foi reintroduzido durante os anos 70, disseminando-se por quase todo o país. É interessante assinalar que a esquistossomose e a doença de Chagas, dois clássicos problemas de saúde pública do país há muito tempo, não obstante a falta de estatísticas que permitiam inferir adequadamente sua real incidência, não sofreram grandes mudanças no período.

Face a este quadro da condição de saúde, é interessante agora examinar, no plano da política de assistência médica, a organização da assistência médica, o perfil de intervenção governamental e as tendências que podem ser captadas no ano de 1985 no que se refere à medicina previdenciária e à saúde pública.

2. A Política Estatal de Atenção à Saúde

A partir de 1967, a orientação da política estatal enfatizou a assistência médica individualizada de natureza ambulatorial e hospitalar. Essas atividades que até então vinham sendo desenvolvidas por diferentes organizações como, por exemplo, os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP), foram unificados e centralizados em uma única autarquia, o Instituto Nacional de Previdência Social - INPS, vinculado administrativamente ao então Ministério do Trabalho e Previdência Social.

As medidas de Saúde Pública ficaram sob a responsabilidade do Ministério da Saúde - MS e das Secretarias Estaduais e Municipais, atuando de forma episódica através de campanhas para o combate de doenças endêmicas, atendimento materno-infantil e vigilância sanitária.

Estruturou-se assim uma forma de organização setorial onde ficaram separadas - organizacional e programaticamente - as atividades de assistência médica e as de Saúde Pública, com predomínio flagrante das primeiras.

A assistência médica no âmbito da Previdência Social, foi por sua vez, executada basicamente através da contratação de serviços junto a prestadores privados (hospitais, clínicas, laboratórios, etc) e do credenciamento de médicos. Os serviços próprios da Previdência Social e os outros serviços públicos existentes sempre tiveram papel secundário no atendimento oferecido.

Em 1974 foi criado o Ministério da Previdência e Assistência Social - MPAS, que passou a gerir as atividades do Seguro Social e Assistência Médica, retirando-as da órbita do Ministério do Trabalho. Dado o controle desse novo Ministério sobre a principal fonte de recursos para o desenvolvimento de programas na área de assistência médica, é possível caracterizá-lo como o principal condutor da política em atenção à saúde do país.

Em 1975, procurou-se delimitar o funcionamento das diferentes organizações de âmbito federal, estadual e municipal, através da lei nº 6.229 que criou o Sistema Nacional de Saúde - SNS. Fixaram-se as responsabilidades do MPAS, do MS e

das secretarias de saúde. Reconhece-se a necessidade de estimular a assistência médico-sanitária e as ações de saneamento básico e do meio ambiente, a cargo da rede pública de serviços, como uma forma de obter maior efetividade nas ações do setor, contendo a predominância dos programas de atenção médico-hospitalar desenvolvidas no âmbito da Previdência Social. A análise detalhada da lei que organiza o SNS, será feita mais adiante.

Em 1977 é criado o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social - SINPAS, destacando-se a constituição de uma autarquia que passou a controlar todas as atividades de assistência médica. Tal entidade é denominada Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social - INAMPS e mantém a mesma linha programática que até então era seguida, com a predominância dos cuidados hospitalares aos indivíduos - realizados por prestadores privados - , em detrimento dos serviços públicos de alcance coletivo e da rede hospitalar e ambulatorial pública. Esta vai perdendo progressivamente sua capacidade de operação em todos os níveis de governo.

Nessa mesma época realizaram-se algumas mudanças na organização do MS, que resultaram na criação de órgãos de âmbito nacional e regional procurando dar maior agilidade à atuação dessa organização que, formalmente, pela lei do SNS, deveria coordenar e conduzir a Política Nacional de Saúde, não o fazendo de fato.

No final dos anos 70 era reconhecida, de forma até enfática pelo governo, o desordenamento das ações estatais no setor e a necessidade de maior racionalização de atividades e, principalmente, o controle dos gastos com as unidades médico-hospitalares, que vinham crescendo numa progressão preocupante.

Em 1980, é criada a Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação - CIPLAN, coordenada pelos secretários gerais dos MPAS e MS e composta por técnicos e dirigentes desses órgãos. Formula-se um grande plano de reestruturação do setor - o Programa de Ações Básicas de Saúde (PREV-SAÚDE) - , o qual, como veremos, não é implantado.

Face às dificuldades financeiras do SINPAS, no início dos anos 80, cria-se o Conselho Consultivo da Administra

ção da Saúde Previdenciária - CONASP, que tinha como função racionalizar as atividades e conter os custos financeiros crescentes. Formula-se um plano de reorientação, que seguindo parte das diretrizes contidas no PREV-SAÚDE, procura adaptar-se à crise financeira e à política explícita de contenção de gastos.

As alterações propostas no modelo vigente de organização do setor seriam graduais, obedecendo a três linhas mestras:

- racionalização dos gastos com serviços contratados na área hospitalar privada, pela implantação de sistemas de controle mais adequados;

- reorganização dos serviços próprios e contratados através do Projeto de Racionalização da Assistência Ambulatorial;

- maior e melhor utilização da rede pública de serviços básicos de saúde, através do convênio trilateral MPAS/MS/SES, instituindo as Ações Integradas de Saúde (AIS).

A execução do plano iniciou-se em 1982. No caso específico das AIS, os primeiros convênios foram assinados em meados de 1983 mediante a criação de comissões inter-institucionais, como mecanismos de gerência dos serviços públicos em processo de integração.

A experiência dos estados onde as AIS foram implantadas mostra avanços no fortalecimento da rede ambulatorial, agora com maior demanda; contratação de recursos humanos; articulação dos serviços públicos municipais; revisão das relações com o setor privado; e a participação popular na gestão dos serviços públicos de saúde.

Atualmente parecem existir maiores possibilidades de integração, fortalecimento do setor público nas ações de saúde e introdução de mecanismos de controle do setor privado. Torna-se assim possível a constituição pelo Estado de um sistema nacional de saúde efetivo, através da correção de distorções básicas e instalação progressiva de novos padrões de financiamento, capazes de reverter a tendência de privilegiamento ao setor privado em detrimento da saúde pública instalada durante os últimos 25 anos, abrindo perspectivas descentralizadoras, integradoras e de equidade social.

O desenvolvimento da Política de Atenção à Saúde aqui descrito, será examinado com maior detalhe nas partes seguintes deste capítulo. Inicialmente serão analisadas as características principais da intervenção estatal e seus determinantes. Em segundo lugar procurar-se-á reconstituir as principais tentativas (em parte malogradas) de reversão desse perfil de intervenção. Em terceiro lugar, será examinado o desempenho da área de assistência médica previdenciária em 1985 e o desempenho recente dos programas em saúde pública, para os quais não se obteve, infelizmente, informações para o ano de 1985.

Finalmente e à guisa de conclusões, serão apontadas as perspectivas dessa política estatal em 1986.

2.1. O Perfil da Intervenção nos Anos 70

O formato da organização do setor de atenção à Saúde no Brasil, rapidamente exposto, é consequência de múltiplas causas, expressando interesses políticos, econômicos, burocráticos. Existem algumas características que marcam profundamente o perfil da intervenção estatal no setor ⁸, como veremos.

2.1.1. Centralização de decisões e auto-sustentação financeira

A Política de Atenção à Saúde foi e é, sem dúvida, uma das importantes políticas sociais no período recente. A transformação quantitativa e qualitativa das formas de operação das organizações públicas ocorrida em meados dos anos 60 e materializada na reforma administrativa e da Previdência Social, lançando as bases de um processo de aparelhamento do Estado Brasileiro e visando à implementação de um determinado estilo de desenvolvimento, dá-se num contexto de centralização das decisões programáticas e alocativas na esfera federal, retirando-se das esferas estaduais e locais parte importante da capacidade de interferência nessas mesmas decisões. ⁹ Além disso - o que é característico da situação autoritária vivida no país nos anos 70 - , obstruiu-se completamente que associações de representação de interesses das camadas subalternas de nossa sociedade participem do processo de decisão e eleição das prioridades de intervenção e do controle sobre o desempenho dos programas.

O processo de centralização observado acentua sobre maneira a importância do Complexo Previdenciário, através de seus programas de assistência médica, como a principal organização condutora da política em questão.

A Tabela a seguir, que mostra a distribuição do gasto público em atenção à Saúde realizado pelas três esferas de go

(8) Vide SILVA, P.L.B. - "Atenção à Saúde como política Governamental", dissertação de Mestrado, IFCH/UNICAMP, 1983, mimeo e SILVA, P.L.B. e FAGNANI, Eduardo - "O Perfil das Políticas Sociais no Brasil", CEBRAP, 1983, mimeo.

(9) Vide REZENDE DA SILVA, F. e SILVA, B.A. - "Fundos Sociais", textos para Discussão Interna-nº 85, IPEA, INPES, Rio de Janeiro, 1986.

verno em anos selecionados, não deixa dúvida acerca do processo de esvaziamento das esferas local e estadual, com a predominância da esfera federal.

**DISTRIBUIÇÃO DO GASTO PÚBLICO EM SAÚDE E SANEAMENTO
DA ADMINISTRAÇÃO DIRETA E INDIRETA
1970, 1975, 1980**

ESFERA DE GOVERNO	Em porcentagem		
	ANOS		
	1970	1975	1980
União	15,13	10,01	9,89
Estados e Distrito Federal (Função Saúde Pública)	22,42	25,61	21,47
Municípios das Capitais (Função Saúde/Saneamento)	2,06	5,59	4,63
SINPAS (Assistência Médica)	60,40	58,79	64,01
TOTAL	100,00	100,00	100,00

FONTES: Silva, P.L.B.S., op. cit., anexo : Tabela 04

Tomando-se o ano de 1982 e informações que agregam o gasto do conjunto de municípios, e não somente os das capitais, como na Tabela acima, verificamos que a situação pouco se altera.

Nesse ano a esfera estadual (União e Complexo Previdenciário - SINPAS) ainda é responsável por mais de 60% do gasto, ficando por conta de Estados e Municípios menos de 30% dos recursos dispendidos em programas de atenção à saúde. O restante cabe aos programas previdenciários de responsabilidade estadual e local.

Além disso, como foi apontado, no interior da esfera federal existe uma real concentração do poder decisório a nível programativo e alocativo no Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social - SINPAS, que isoladamente sempre foi o responsável por mais de 50% do gasto público em atenção à saúde.

DISTRIBUIÇÃO DO GASTO PÚBLICO EM SAÚDE

ESFERAS DE GOVERNO	Em porcentagem	
	ANOS	
	1982	
Federais	63,8	
- Tesouro e outros		13,8
- SINPAS		49,2
Estaduais	25,4	
- Tesouro (Saúde/Saneamento)		19,5
- Previdência Social		5,9
Municipais	10,9	
- Tesouro		9,3
- Previdência Social		1,6
TOTAL		100,00

FONTE: GAP
CNRH/IPEA

O processo de centralização do controle da política de atenção à saúde foi, por sua vez, condição necessária para que se constituísse uma segunda característica importante de intervenção estatal: a criação de mecanismos de financiamento que auto-sustentassem o fluxo de recursos financeiros para o desenvolvimento de programas sociais, liberando o Orçamento Fiscal desses encargos. ¹⁰

No pós-64, e mais especificamente no pós-67, altera-se o esquema geral de financiamento das ações estatais através de reformas gerais - administrativa, tributária, financeira, previdenciária - que irão contemplar, no caso das políticas sociais, a unificação da Previdência Social, a criação do Banco Nacional de Habitação, o estabelecimento do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço - FGTS, o salário-educação, etc. Com isso logra-se, de maneira inequívoca, o aumento quer do poder tributário estatal, "latu-sensu", quer do poder de financiamento de políticas sociais abrangentes e de amplitude nacional.

(10) Vide SILVA, P.L.B., op. cit., capítulos 3 e 4 e SILVA, P. L.B. e FAGNANI, E., op. cit. e REZENDE DA SILVA, F. e SILVA, B.A., op. cit. p. 3 a 7.

Esse aumento do poder financeiro estatal não significou a criação de nenhum mecanismo de financiamento do desenvolvimento social, a partir de recursos do orçamento fiscal ou de qualquer outra fonte que subsidiasse esse tipo de intervenção.

Ao contrário, estruturaram-se mecanismos sustentados fundamentalmente a partir de contribuições compulsórias que, no caso da Política de Atenção à Saúde, penalizam de forma direta e indireta a massa assalariada. Em síntese, foram reduzidas as transferências do orçamento fiscal para as políticas sociais, ganhando predominância a tese de que tais ações deveriam ser sustentadas pelos próprios assalariados, que, ou contribuíam diretamente para o seu financiamento, ou suportavam o ônus indiretamente, através do sistema de preços ao consumidor final, que engloba os custos sociais das empresas em sua composição. Tal aspecto já foi discutido no capítulo de Previdência Social deste relatório, não sendo necessário seu detalhamento aqui.

No caso particular da Política de Atenção à Saúde, parcela dos programas sempre foi financiada com recursos originários do Orçamento Fiscal - como, por exemplo, as ações realizadas pelo Ministério da Saúde e pelas secretarias regionais e locais de saúde. Como se demonstrou nas Tabelas anteriores, esses recursos são minoritários face àquilo que é dispendido em programas no âmbito da Previdência Social. No caso do SINPAS, como o mecanismo de financiamento é exatamente do tipo que se sustenta sobre uma contribuição compulsória direta ou indireta da massa assalariada, é esta que paga pelo que recebe. Não se constitui nesse caso nenhum mecanismo de redistribuição indireta da renda.

Conclui-se do exposto que na área de atenção à saúde avançou-se mais nos programas acoplados a esquemas de financiamento auto-sustentados, que poderiam ter continuidade sem o comprometimento de recursos de outra natureza que não aqueles oriundos do crescimento dos recolhimentos compulsórios da Previdência Social. Outros programas que se situam fora da órbita desse esquema (controle de endemias, produção de medicamentos, vigilância sanitária, etc) foram sendo gradativamente esvaziados, como veremos. Note-se, entretanto, que esse mecanismo de financiamento, ao sustentar-se no crescimento da massa de salários, durante parte dos anos 70, proporcionou um significativo aumento

real de recursos. Parte desses recursos é destinada à política de assistência médica previdenciária, como mostra a Tabela abaixo, e constitui uma massa financeira de dimensões significativas, da ordem de 18,3 trilhões de cruzeiros, em 1985.

**PARTICIPAÇÃO DA ASSISTÊNCIA MÉDICA NO
GASTO PREVIDENCIÁRIO
BRASIL (1970-1984)**

Em percentagem	
ANO	%
1970	26,5
1971	25,3
1972	24,0
1973	25,9
1974	26,0
1975	27,8
1976	31,5
1977	28,2
1978	29,7
1979	27,6
1980	27,3
1981	24,3
1982	23,3
1983	22,0
1984	25,3

FONTE: Secretaria de Planejamento, INAMPS.

Cabe chamar atenção para o fato (também já destacado no capítulo da Previdência Social) de que esse mecanismo de financiamento é extremamente vulnerável às crises econômicas, por estar baseado na folha de salário, que se contrai com rapidez em períodos recessivos. ¹¹

(11) Vide BRAGA, J.C. e SILVA, P.L.B. - "A Crise Previdenciária: sinais de impasse na política social do governo", in Encontro Nacional de Economia, 9, Brasília, 1981. Anais. Brasília, ANPEC, 1981, v.2, p. 897-914.

Por exemplo, a redução da arrecadação da Previdência Social entre 1980 e 1984 foi diretamente ocasionada pela contração da massa salarial no Brasil, a qual resulta de um outro duplo movimento. De um lado, aumentou o nível de desemprego do setor formal do mercado de trabalho. A indústria de transformação, nesse período, teve um decréscimo de quase um milhão de empregos formais (dados da RAIS - Relação Anual de Informações Sociais). De outro lado, caíram os salários, como resultado da política salarial restritiva do Governo. Dados da pesquisa mensal de emprego do IBGE mostram que a renda média dos empregados com carteira de trabalho assinada caiu cerca de 18,7% e 27,9% entre novembro de 1982 e novembro de 1984, nas regiões metropolitanas de São Paulo e Rio de Janeiro, respectivamente.

Isso provocou drásticas reduções no recolhimento das contribuições compulsórias da Previdência Social entre 1980 e 1984, fato que foi corrigido artificialmente através do aumento da alíquota de contribuição de empregados e empregadores.

Tem-se, assim, um mecanismo "auto-sustentado" que, além de penalizar o assalariado, está fortemente vinculado ao crescimento ou à redução da folha de salário, o que provoca forte instabilidade nas receitas Previdenciárias e, por decorrência, na principal fonte de recursos da Política de Atenção à Saúde, até o momento. Estes são muito comprimidos em conjunturas recessivas, como mostram as Tabelas abaixo, justamente nas épocas de crise, quando a demanda por assistência médica tende necessariamente a aumentar.

Assim, o paradoxo da montagem de mecanismos financeiros para a política social, como o aqui descrito, não só é aberrante em conjunturas econômicas favoráveis, dada a injustiça fiscal que nele existe, como se acentua em períodos de crise.

EVOLUÇÃO DOS RECURSOS REAIS DO INAMPS
1979-1984
BRASIL

(Em Cr\$ Milhões de 1984)

ANO	VALOR REAL	%
1979	20.029.554,77	-
1980	20.353.838,06	1,6
1981	18.800.715,59	(-)7,6
1982	19.198.111,67	2,1
1983	15.440.356,88	(-)19,6
1984	16.442.500,92	6,5

FONTE: Secretaria de Planejamento, INAMPS

EVOLUÇÃO DAS DESPESAS DO INAMPS POR HABITANTE
1979-1984
BRASIL

ANO	GASTO/HAB. EM Cr\$ 1,00 A PREÇO/79	ÍNDICE
1979	793	100
1980	784	99
1981	695	88
1982	694	87
1983	546	69
1984	568	72

FONTE: Secretaria de Planejamento/INAMPS

2.1.2. Privatização das políticas públicas e maximização de interesses particulares

O processo de centralização, com ausência de controle público, associado à questão do aumento de recursos financeiros para os programas de assistência médica previdenciária (pe lo menos), proporcionou o surgimento de uma terceira característica que marcou a intervenção estatal em atenção à saúde nos anos 70.

Tal fenômeno se refere à ocupação dos núcleos centrais de articulação do processo decisório estatal por conexões que se formam entre os interesses particulares de determinados segmentos burocráticos, constituídos para a gestão dos programas de saúde, e os interesses de diferentes setores empresariais especializados na produção de bens e serviços consumidos pela população, através desse tipo de intermediação estatal. Em outras palavras, foi característico da política de saúde, no período em análise, o fenômeno de maximização de interesses particulares, sejam eles burocráticos ou empresariais, em detrimento, na maior parte das vezes, dos interesses da população consumidora dos serviços de saúde.

Esse fenômeno determinou o formato de organização da intervenção estatal, e dos diferentes agentes prestadores de serviços. De um lado, ocorreu a concentração do poder de decisão dos destinos da política de saúde nas mãos de uma grande organização e de suas coalizações dirigentes, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social - INAMPS, oriundo de um desdobramento do Instituto Nacional de Previdência Social - INPS. De outro lado, ocorreu o fenômeno da privatização da política social em saúde, aqui entendido como a maximização dos interesses de um complexo empresarial prestador de serviços de saúde e produtor de insumos (medicamentos e equipamentos hospitalares) utilizados por esses serviços. Esse complexo empresarial passa a ser, efetivamente, ao longo dos anos 70, o real prestador dos serviços de saúde. Aqueles recursos são transferidos predominantemente pela contratação dessas organizações privadas pelo complexo previdenciário, para o desenvolvimento de seus programas.

Poderia parecer ingênuo esperar, na vigência de um sistema de produção capitalista, que não houvesse articulações entre as esferas pública e privada, e que o gasto realizado

através da primeira não se destinasse a dinamizar o desenvolvimento da segunda. Entretanto, o que acaba de ser descrito não é exclusivamente um processo dessa ordem: trata-se, também, de uma articulação que, sob cobertura de uma maior racionalização técnica na estruturação da intervenção estatal, possibilitou, dada a ausência de controle público sobre as ações do Estado e dado o aumento dos recursos destinados a programas de assistência médica, a locupletação total e completa de interesses particulares e imediatistas.

Deriva daí a escolha de prioridades e de programas de atuação que não se pautaram de forma alguma pelas necessidades de atendimento à população, mas sim pelos interesses de obtenção de maior rentabilidade econômica e política na ótica de empresários e burocratas.

Nesse perfil de intervenção estatal, o complexo médico-empresarial passou a ser o real executor da política de saúde, em detrimento de uma série de outras organizações públicas, em outras esferas de governo e na própria esfera federal. Essas organizações foram obtendo cada vez menos recursos financeiros para sua ação - como decorrência, de um lado, da diretriz de auto-sustentação financeira, e de outro, das conexões burocráticas entre os dirigentes dos programas de assistência médico-previdenciária e os "empresários" médicos -, portanto não conseguindo ampliar seus programas de atuação, que se deterioraram de forma geral.

Outra consequência do processo descrito para o desenvolvimento das ações das organizações públicas que atuam no setor saúde é o fato de elas passarem a vincular-se aos programas de assistência médico-previdenciária, fonte quase exclusiva de captação de recursos. Desse modo, aumentou ainda mais o poder de indução da burocracia previdenciária nas decisões centrais para as políticas e programas do setor, dado o seu controle quase absoluto sobre o mecanismo real de financiamento das ações em Atenção à Saúde.

Além disso, a utilização das organizações do setor público na prestação de serviços de assistência médico-previdenciária tem funcionado como um mecanismo de escoamento da demanda por serviços de saúde, que aumenta como resultado da ampliação

**INAMPS: DISTRIBUIÇÃO DA DESPESA COM HOSPITALIZAÇÃO SEGUNDO OS
DIFERENTES TIPOS DE HOSPITAIS PRESTADORES
1981-1984**

HOSPITAIS	% DAS DESPESAS COM INTERNAÇÃO			
	1981	1982	1983	1984
Contratados	67,88	62,02	65,51	65,49
Próprios	25,36	21,46	29,29	21,39
Governamentais	1,17	5,69	5,31	5,40
Univ. e de Ensino	0,98	3,10	3,82	3,07
Empresas Empregadoras	0,26	2,03	1,12	1,09
Sindicatos	0,64	1,87	1,24	1,20
Outros	3,71	3,83	3,71	2,36
TOTAL	100	100	100	100

FORNTE: MPAS/INAMPS. Assistência Médica na Previdência Social. O INAMPS na Nova República, s.d. 3lp.

**DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DAS HOSPITALIZAÇÕES
PAGAS PELO INAMPS em 1984**

PRESTADORES	%
Públicos	14,66
Privados Contratados	66,52
Privados Filantrópicos	13,48
Sindicatos	0,14
Empresas Empregadoras	3,20
TOTAL	100

FORNTE: MPAS/INAMPS. Assistência Médica na Previdência Social. O INAMPS na Nova República, s.d. 3lp.

da cobertura da Previdência Social e da própria deterioração das condições de vida da população, de modo a não criar pressões financeiras insuportáveis às finanças previdenciárias, visto ser o mecanismo de pagamento (nesse caso os convênios de pré-pagamento) muito mais controlável do que o utilizado nos contratos com o setor privado.

A SEPARAÇÃO DAS REDES DE ATENDIMENTO

A análise da organização técnica dos serviços de saúde, associada ao conjunto de determinantes político-econômicos até aqui sintetizados nas três características anteriormente descritas da intervenção estatal, faz emergir uma outra: a dicotomização das redes de atendimento.

De um lado, articulam-se o INAMPS (anteriormente o INPS) e o complexo médico-empresarial, focando sua atenção no atendimento médico-hospitalar - o qual foi predominante, representando a verdadeira política de Atenção à Saúde dos anos 70, nele se assegurou o amplo predomínio da empresa médica. De outro lado, mantiveram-se a níveis secundário e marginal as ações em Atenção à Saúde de natureza preventiva, aqui denominadas ações de atenção médico-sanitárias. Essas ações, de responsabilidade do Ministério da Saúde e órgãos subordinados, a nível federal, e das Secretarias de Saúde, a níveis regional e local, ficaram restritas principalmente, ao desenvolvimento de campanhas sanitárias e de ações referidas ao atendimento materno-infantil, sem no entanto se desenvolverem de forma contínua e articulada ao atendimento médico-hospitalar (o que por sua importância deveria ter ocorrido).

A predominância do pólo de atenção médico-hospitalar proporcionou o desenvolvimento dinâmico da rede hospitalar privada, com predominância de seu segmento lucrativo que, por suas próprias características de funcionamento, acabou concentrando-se em regiões mais desenvolvidas, com conseqüentes desequilíbrios inter e intra-regionais em termos de distribuição geográfica, cobertura de atendimento e formação de recursos humanos. Além disso, ocorreu uma "sofisticação" desnecessária da rede privada de atendimento, dado o fato de, no perfil vigente, remunerarem-se de forma vantajosa, através do Complexo Previdenciário

rio (principal comprador de serviços do setor privado), atos médicos que requerem para sua realização equipamentos mais complexos.

Portanto, a "sofisticação", aqui, não corresponde à existência de uma rede complexa, diferenciada e bem-equipada, a nível médico-hospitalar, operada pelo setor privado. Observa-se muito mais a existência de desequilíbrios resultantes da ausência de uma política estatal mais consistente, ordenadora do crescimento da rede de equipamentos, de modo a abarcar os problemas médico-sanitários e hospitalares que assolam a população. Trata-se, sim, de maximização das oportunidades de obter-se maior rentabilidade nos serviços de saúde produzidos pelo setor privado, aproveitando as facilidades estatais a nível do financiamento da base técnica e da compra de serviços, sem que necessariamente existisse sendo montada uma rede de atendimento, a nível médico-hospitalar, estruturada, hierarquizada e bem-distribuída em termos geográficos.

A predominância da ação do setor privado na operação dos serviços de saúde ainda limitou a própria expansão das unidades hospitalares públicas, que encontraram dificuldades para a obtenção de recursos até para sua manutenção, deteriorando-se e apresentando graus de ociosidade elevados.

No caso dos equipamentos públicos para o atendimento médico-sanitário, também não ocorreu expansão significativa na disponibilidade de unidades sanitárias, o que acaba reforçando o desequilíbrio na organização da rede de serviços de saúde, do ponto de vista de sua complexidade tecnológica. Ocorre, assim, o completo afastamento de uma organização técnica da rede de serviços, que atenda aos princípios fundamentais de uma política de saúde correta. Isso porque, para a obtenção de um atendimento integral, precoce, ligado às necessidades nosológicas da população e baseado na equipe de saúde, as unidades médico-sanitárias é que deveriam constituir-se no suporte principal das ações governamentais, atuando de forma integrada com o atendimento médico-hospitalar. Em síntese, ocorreu uma expansão do setor privado em um determinado nível de atendimento, inibindo-se a própria expansão e utilização da rede pública, com conseqüente desintegração e desarticulação interna dessa última.

A evolução da distribuição das despesas em Saúde pelos diferentes programas setoriais, mostra com clareza o descaso com que foram tratados no passado recente os programas que se situam fora da órbita de assistência médica previdenciária.

Um outro exemplo pode refletir com clareza as distorções ocasionadas por esse modelo de políticas. Em 1981, o INAMPS gastou Cr\$ 22 bilhões em tratamento de hemodiálise e pontes de safena, enquanto todo o setor Público gastou, nesse mesmo ano, apenas Cr\$ 20 bilhões nos serviços básicos de saúde e nas atividades de controle das doenças transmissíveis.

EVOLUÇÃO DAS DESPESAS FEDERAIS EM SAÚDE POR PROGRAMAS SETORIAIS
BRASIL 1978-1984 (EM \$)

	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984
Alimentação e Nutrição	2.83	3.00	3.28	3.97	4.76	5.95	5.84
Serv. Básicos de Saúde	.87	1.46	2.14	2.87	3.06	2.89	2.36
Atenção Médico-Hospitalar	86.48	86.64	86.29	85.21	83.95	80.46	81.33
Controle de Doenças Trans.	2.91	2.81	2.12	1.76	2.21	2.93	2.72
Prod. Prof. e Terapêuticos	.41	.28	1.89	2.78	2.56	2.81	2.23
Outros	6.52	5.81	4.28	3.42	3.46	4.94	5.49
TOTAL	100	100	100	100	100	100	100

FONTE: Consolidação Plurianual de programas de governo - CPPG, SER/CNRH/IPER, 1983- mimeo.

O resultado principal da adoção desse formato particular de intervenção estatal em atenção à saúde, foi a completa desordem que até 1984 vinha caracterizando a organização das prestações de serviços à população.

É real que se expandiu a cobertura dos serviços, incorporando um volume cada vez maior de pessoas. A evolução do número de consultas médicas, internações, consultas odontológicas e exames complementares demonstram o dinamismo do crescimento da produção dos serviços, ao mesmo tempo que o exame dos agentes produtores mostra o predomínio inequívoco do setor privado contratado em sua produção.

Também é verdadeiro, entretanto, que tal crescimento manteve e muitas vezes aprofundou a diferenciação entre frações da força de trabalho, entre o trabalhador urbano e rural e entre as próprias regiões do país. Os gastos per capita com saúde na Região Nordeste, por exemplo, equivalem a menos da metade do gasto das regiões Sul e Sudeste. A despesa com assistência médica para o trabalhador rural constituía, em 1984, 1/7 da despesa com o previdenciário urbano, a despeito de a população rural ser mais de 1/3 da urbana.

Instalou-se, enfim, um modelo de intervenção de gestão praticamente impossível e imprevisível, em função das próprias práticas de organização e funcionamento dos setores público e privado, quer isoladamente, quer em suas inter-relações. Isso culminou com a cristalização de um modelo gerencial corruptor e corruptível, sem controle dos custos - que crescem em proporção geométrica, a menos que se façam cortes relativamente indiscriminados; dado o amálgama de interesses que o sustentava politicamente, não era possível qualquer ação mais consistente no campo da racionalização e planejamento da intervenção. Tal modelo é, ademais, inefetivo face às necessidades nosológicas da população brasileira nas diferentes regiões do país, como foi docu

(12) cf. Relatório da Previdência do INAMPS à CPI da Câmara dos Deputados em 1985; MPAS/INAMPS. Assistência Médica na Previdência Social: o INAMPS na Nova República; Brasília 1985; MPAS. A Previdência Social é Viável, Brasília, 1986.

mentado na primeira parte deste capítulo. Também em termos de mecanismos de acesso, quantidade e qualidade dos serviços, seu funcionamento pode ser considerado precário. É incapaz de atender a demanda, por ser crescentemente absorvedor de maior quantidade de recursos, em função de predominarem aqueles serviços especializados, incorporadores de tecnologia de ponta, centrados nos hospitais enquanto base técnica produtora. Atua-se sem hierarquia, sistema de referência, mecanismos reais de integração e regionalização de serviços.

Alguns exemplos demonstram as afirmações anteriores. Em 1984, o INAMPS dispendeu com o tratamento de cerca de 137 pessoas no exterior o equivalente a 15% da totalidade dos recursos repassados às redes das Secretarias de Saúde para a cobertura de 60 milhões de pessoas, evidenciando um contrasenso: ou se pagou muito pelo tratamento no exterior, ou se repassa uma quantia irrisória para os serviços básicos de saúde, ou ambos.

Ainda em 1984, verificou-se, em relação ao setor privado prestador de serviços contratados, a existência de 200.000 leitos hospitalares e 50.000 médicos ociosos e mal distribuídos, segundo os parâmetros técnicos estabelecidos pela Comissão Interministerial de Planejamento - CIPLAN, encarregada do planejamento das ações do setor.

Também a nível dos serviços próprios do INAMPS a capacidade ociosa atinge graus elevados: em 1984 era estimada em 44%, na hipótese de esses serviços funcionarem em três turnos de quatro horas, e em 15% caso funcionassem em dois turnos. Situação ainda mais grave ocorria na área hospitalar, onde as análises mais otimistas dimensionavam a capacidade ociosa em 47,5%. O sucateamento da rede própria teve como conseqüência a diminuição da prestação de consultas médicas em 11,6% enquanto a rede privada ampliava suas prestações em 45%.

A distribuição, entre 1980 e 1984, dos recursos humanos e suas diferenças de formação acompanham o desordenamento observado até aqui. Só no Rio de Janeiro, tomando-se o universo dos profissionais contratados pelo INAMPS, verifica-se um excesso de 5.132 médicos em relação às necessidades da rede oficial instalada, enquanto existem déficits de pessoal (ainda que de pequena monta) em outros Estados.

2.2. Tentativas de Modificação da Política de Atenção à Saúde

Ao longo dos últimos dez anos ocorreram várias tentativas de reverter o perfil de intervenção analisado. Cabe destacar a Lei nº 6.229/75, que instituiu o Sistema Nacional de Saúde, o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento-PIASS, o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde-PREV-SAÚDE, o Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no âmbito da Previdência Social, proposto pelo Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária-CONASP e finalmente, as Ações Integradas de Saúde-AIS.

Com diferentes níveis de abrangência e complexidade, todas essas propostas procuraram apresentar alternativas à intervenção estatal prevalecente nos anos 70.

2.2.1. O Sistema Nacional de Saúde: A visão sistêmica como p^a nacéia tecnocrática para a integração das ações estatais no campo da Saúde

À luz das diretrizes do II PND - em que se apontavam como graves deficiências da ação estatal em Saúde a dispersão de esforços e a indefinição de competência das entidades públicas e privadas ligadas ao setor -, procurou-se através da Lei nº 6.229/75 criar as bases institucionais de constituição de um sistema nacional de saúde, definindo com clareza e racionalidade os mecanismos de integração e coordenação articulada das diferentes organizações atuantes.

A proposição de uma lei regularizadora desse tipo havia sido esboçada por técnicos do Ministério da Saúde em 1973 - final da gestão Machado de Lemos. Foi encampada também pelo recém-criado Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), e suas linhas gerais já haviam sido anunciadas pelo primeiro titular deste Ministério em conferência na Escola Superior de Guerra, em conjunto com o prenúncio da criação do Conselho de Desenvolvimento Social (CDS) e de um papel estratégico das ações governamentais de corte social na gestão Geisel. Dentro do MPAS, fazia parte do conjunto de aspirações de um segmento burocrático que preconizava a reversão do perfil vigente de política de Saúde, no sentido de garantir maior espaço de ação para o setor pú-

Segundo a interpretação sistêmica - que permeia o texto da lei e que se explicitou por ocasião da V Conferência Nacional de Saúde, cujo tema principal foi a discussão da proposta do SNS -, apesar dos esforços em torno da racionalização da intervenção estatal nesse setor, no passado, esta aproximar-se-ia da forma espontânea de um sistema. No sentido de encontrar a organização racional-formal do setor saúde, dever-se-ia buscar a organização verdadeiramente sistêmica do sistema espontâneo de saúde atual, que possui, devido a isto, baixa eficiência na consecução de seus objetivos básicos.

O Sistema Nacional de Saúde foi, desde sua edição, objeto de diversas críticas. A principal delas, e que trans parece claramente na análise dos documentos da V Conferência Nacional de Saúde, é que ficam ocultos, ao adotar-se a perspectiva da "teoria dos sistemas", os determinantes político-econômicos e burocráticos (ou seja, as relações de poder) que geram o desenvolvimento não-harmônico, irracional e contraditório das diferentes organizações públicas e privadas que comporiam tal sistema. A partir daí, está aberto um flanco enorme para que sejam apontadas as ambigüidades, o espírito conciliatório, a ausência de definições mais claras e precisas, a manutenção "mascarada" da mesma dicotomia entre ações preventivas e curativas, o que implica diferenciações na esfera de influência das organizações públicas (MS, MPAS, INPS, principalmente) e entre essas e o complexo médico-empresarial, produtor de insumos e serviços para o setor Saúde. 14

(13) Cf. QUADRA, A.A.F. e CORDEIRO, H. - Sistema Nacional de Saúde: antecedentes, tendências e barreiras. Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro, 11(3):15-28, jul/set. 1977., Teixeira, S.M.F. Assistência Médica Previdenciária: evolução e crise de uma política social. Rio de Janeiro, 1979. 183p. mimeo. Anexos. (Tese de Mestrado, IUPERJ); Gentile de Mello, C. Saúde e Assistência Médica no Brasil. São Paulo, CEBES-HUCITEC, 1977. 269p.; e OLIVEIRA, J. - O Sistema Nacional de Saúde. Saúde em Debate, São Paulo, (4):54-62, 1977.

(14) Vide Braga, J. e Goes de Paula, S. - Saúde e Previdência: estudos de política social. São Paulo, CEBES-HUCITEC, 1981, 226p.; Oliveira, J. - op. cit., e Quadra, A.A.F. e Cordeiro, H. op. cit. entre outros.

No entanto o Sistema Nacional de Saúde também pode ser visto por ângulo algo distinto mas complementar às críticas anteriores. Ou seja, dadas a importância assumida pela Previdência Social e, dentro dela, pelo setor de assistência médica; as conexões entre a burocracia previdenciária e os setores empresariais, notadamente após o Plano de Pronta Ação-(PPA), que franqueou o acesso aos serviços médicos de urgência para previdenciários e não previdenciários; e a ausência de controle do conjunto da sociedade sobre tais decisões - para citar só alguns determinantes -, seria impossível esperar uma transformação radical.

Considerando esses constrangimentos, o SNS materializou na noção de sistema a necessidade explicitamente reconhecida, a partir dessa gestão de governo, de dar maior prioridade às ações médico-sanitárias e de organizar a prestação de serviços no campo médico-hospitalar, de modo a estimular a rede de atendimento em Saúde Pública e as ações de saneamento básico e do meio ambiente, ainda contendo a demanda por serviços a cargo da medicina previdenciária. Para tanto, esboçou-se um formato de organização da rede de serviços de saúde que passaria por uma rearticulação entre o Ministério da Saúde, o Ministério da Previdência Social e a área de assistência médica previdenciária, destes com as Secretarias Regionais e Locais de Saúde, e de todas as organizações públicas com a rede privada.

Essa questão central, obviamente, não pode ser equacionada com precisão a nível da lei, mas deixa-se em aberto essa possibilidade pondo em destaque, pela primeira vez desde 1967, a nível formal, uma das alternativas de transformação. Essas dependerão, como veremos, de fatores de ordem política, notadamente intraburocrática, e de ordem econômico-financeira.

Dada a complexidade dos interesses em jogo, o SNS não foi regulamentado até agora. A regulamentação em termos claros e precisos significaria que as ambigüidades, as indefinições e os graus de liberdade de ação do setor privado e da burocracia previdenciária teriam que estar equacionados a nível político, o que ainda não aconteceu. Cabe destacar, entretanto, que houve nova tentativa de reordenamento da organização das ações do setor saúde como um todo; em 1977, quando se convocou uma nova Conferência Nacional de Saúde, cujo temário incluía a discussão de

uma Política Nacional de Saúde formulada pelo MS.

2.2.2. O Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento - PIASS

Em relação à proposta de atuação do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento - PIASS cabe destacar que esse programa, aprovado em 1976, surge em decorrência tanto do desenvolvimento de um corpo doutrinário e conceitual, baseado em critérios de regionalização, hierarquização, integração de serviços e na ênfase em cuidados primários desenvolvidos por pessoal auxiliar a partir de experiências alternativas de prática médica estimulada pelos organismos internacionais de planejamento e avaliação das políticas de Saúde, como pela abertura de espaços para a proposição de modelos alternativos de organização dos serviços de saúde, em níveis e regiões pouco atrativos à iniciativa privada, que acontece a partir da edição da Lei que estabelece o Sistema Nacional de Saúde.

Seu objetivo central é a implantação de uma estrutura básica de Saúde Pública nas comunidades de até 2.000 habitantes, no Nordeste, de modo a contribuir para a melhoria do nível de saúde da região - dada a constatação de que parcela ponderável dessa população não tem acesso permanente a qualquer tipo de serviço no campo médico-sanitário, apresentando-se vulnerável a um conjunto de enfermidades evitáveis através de ações sanitárias simples e baixo custo ¹⁵.

Entre as diretrizes básicas estariam "a ampla utilização de pessoal de nível auxiliar recrutado nas próprias comunidades a serem beneficiadas; ênfase na prevenção de doenças transmissíveis, inclusive as de caráter endêmico, no atendimento da nosologia mais freqüente e na detecção precoce dos casos mais complexos, com vistas ao seu encaminhamento a serviços especializados; o desenvolvimento de ações de saúde, caracterizadas por serem de baixo custo e alta eficácia; disseminação de unidades de saúde tipo miniposto integradas ao sistema de saúde da região

(15) LOPES, L. Relatório de avaliação do programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento - PIASS. Brasília, IPEA, CNRH, SEA, 1981. 38p. p. 10.

e apoiadas por unidades de maior porte, localizadas em núcleos populacionais estratégicos; integração a nível dos diversos organismos públicos integrantes do Sistema Nacional de Saúde; participação comunitária; e, finalmente, a desativação gradual de unidades itinerantes de saúde a serem substituídas por serviços básicos de caráter permanente", segundo o Decreto que instituiu o PIASS.

Propõe-se ações de saneamento básico, com a implantação de serviços simplificados de abastecimento de água, coletivos (chafarizes) ou com ligações domiciliares; doação de material necessário à instalação de fossas e privadas domiciliares; desenvolvimento de campanhas educativas destinadas a orientar a população local para a destinação correta de dejetos líquidos e sólidos de origem domiciliar; e incentivo ao apoio ativo da comunidade a essas ações através de seus membros, que deveriam participar de forma coletiva e/ou individual com sua força de trabalho, sem remuneração, em todas as fases de desenvolvimento do PIASS. Essas medidas derivam-se da constatação da alta incidência de mortes por enfermidades de veiculação hídrica, notadamente a esquistossomose.

A pretensão do programa é constituir-se em embrião de um sistema nacional de saúde que funcione de forma integrada nos diferentes níveis, ajustado à heterogeneidade das diferentes comunidades a que deve servir, com uma distribuição racional de recursos humanos e materiais, localizando aqueles de maior complexidade e sofisticação, estrategicamente, de modo a permitir a disseminação de serviços simplificados com supervisão técnica e amparo do ponto de vista material.

Isso implicaria a utilização mais adequada de profissionais em uma rede de serviços articulada, onde os mais simplificados fossem prestados por pessoal auxiliar em unidades elementares. Para tanto, sua célula operacional ou módulo básico seria o Centro de Saúde (unidade de maior porte, situada preferencialmente nas sedes dos municípios), com pessoal médico, e que servisse de apoio e referência aos Postos de Saúde (unidades menores operadas por pessoal auxiliar e localizadas em vilas e povoados na área de influência do Centro de Saúde)¹⁶.

(16) Cf. Lopes (1981). op. cit., p.13.

Preconiza-se, então uma revisão gradual na alocação de recursos públicos para a Saúde, que deveria pautar-se por uma orientação derivada do exame dos próprios indicadores de saúde. Tal remanejamento possibilitaria a implantação e funcionamento do Programa, com um aporte adicional de recursos pequeno, se comparado com o volume de serviços adicionais que seriam prestados.

Os mecanismos de coordenação que o programa propõe são de natureza interinstitucional e agrupam-se em três níveis ¹⁷:

- nível federal: Grupo Executivo Interministerial - GEIN destinado a acompanhar e avaliar a execução do Programa como um todo, sendo composto por representantes dos Ministérios da Saúde, Previdência e Assistência Social, Interior e Planejamento (SEPLAN), sob a coordenação do representante do MS. Possui uma Secretaria Técnica (ST) destinada a analisar os projetos estaduais e elaborar normas e diretrizes específicas para o Programa bem como a supervisão de sua execução. A ST subordina-se administrativamente à Secretaria Geral do MS;

- nível estadual: Grupo de Coordenação Estadual - GCE destinado a coordenar o Programa a nível dos diferentes Estados da Federação, sendo integrado por representantes das diferentes entidades públicas que atuam regionalmente no setor. Sua coordenação é feita pelo Secretário Estadual de Saúde e sua atuação conta, como instrumento de ação, com Equipe Técnica (ET) de natureza multidisciplinar destinada a elaborar anualmente os projetos estaduais do PIASS, coordenar sua implantação e supervisionar o funcionamento das unidades implantadas. O custeio das ETs é feito diretamente com recursos do Programa, através do MS.

- nível local: é prevista que tanto as diferentes Diretorias Regionais de Saúde das Secretarias Estaduais (instância administrativa intermediária entre o nível local e regional) bem como os Municípios, assumam de forma crescente as responsabilidades de coordenação completa do Programa. Isso possibilita-

(17) Cf. Lopes (1981), págs. 13 e 14 e PELLEGRINI, A. et alii. PIASS; o relato e a análise de uma experiência. Brasília, s.ed., 1979. 34p. págs. 8 a 11.

ria a participação das comunidades beneficiárias notadamente no que diz respeito à avaliação do desempenho do Programa e através de sugestões que aperfeiçoem o funcionamento do PIASS às necessidades locais.

O PIASS enquanto proposta apresenta algumas inconsistências. Em primeiro lugar, a proposição da adoção de unidades simplificadas como elementos básicos de atendimento e de sua conseqüente expansão contém uma ambigüidade. A hierarquização de serviços proposta tanto pode ser entendida como uma forma de extensão de cobertura dos serviços de saúde, onde as unidades simplificadas cumpririam um papel de "porta de entrada" a um sistema integrado com diferentes níveis de complexidade, funcionando como um mecanismo de expansão da capilaridade do sistema; ou como uma barreira, onde a atenção primária teria a função de obstaculizar o acesso a outros níveis de atendimento de maior complexidade (proposição implícita de uma medicina simples para gente simples, com doenças simples). Isso decorre em parte do pressuposto, também implícito ao próprio projeto, de que sua adoção serviria para diminuir os gastos realizados no setor, sem que fosse feita nenhuma menção à necessidade de correção das distorções grandemente responsáveis pelo alto custo dos serviços prestados, ou seja, a privatização dos serviços associada a formas pouco controláveis de pagamento. Assim, se o atendimento primário não funcionasse como barreira, existia a hipótese de que uma maior oferta de serviços a nível periférico, ao contrário de implicar uma diminuição dos gastos no setor, funcionasse como um canal através do qual a demanda reprimida tenha acesso aos serviços mais complexos, onde, dado o seu perfil de organização, seriam agravadas as distorções já existentes.

O problema pode ser atenuado se se atentar para uma outra opção implícita em que o PIASS parece apoiar-se: o fortalecimento do setor público, notadamente das Secretarias de Saúde, através da multiplicação de suas unidades de atendimento. Se isso fosse conseguido, mesmo a médio e longo prazos, a predominância do setor privado no campo da prestação de serviços poderia alterar-se. Essa questão se coloca, portanto, como um ponto estratégico e, em conseqüência, como área de atrito tanto em relação ao setor privado, como em relação ao próprio INAMPS, que detinha o controle centralizado da maior parcela do atendimento

realizado.

Merece destaque também a questão do próprio conceito de participação comunitária, que aparece sempre a partir de uma visão instrumental da população, ou seja, como elemento a garantir base de apoio ao programa e/ou como forma de conseguir-se a cooperação das comunidades em suas atividades. Isto se materializaria, por sua vez, na garantia de custos operacionais mínimos através da utilização de mão-de-obra local sem remuneração. No PIASS, a participação nas decisões restringe-se, dessa forma, a problemas secundários, locais ou setoriais, vedando-se que alcance as decisões estratégicas e de caráter mais global do programa. Além disso, a própria comunidade rural é entendida no documento de formulação do PIASS como um todo homogêneo passível de ser promovido no seu conjunto. Fica diluída a diversidade estrutural e de classe dos interesses existentes em cada comunidade, passando-se a imputar a diversidade a características individuais e/ou psicoculturais. Finalmente, apesar de o programa reconhecer que o nível de renda é o determinante principal das condições de saúde, sua proposta operacional traduz-se na incorporação, além dos serviços de Atenção à Saúde, de ações no campo da nutrição, saneamento, etc., acabando por ressaltar uma visão que preconiza a melhoria das condições de vida como resultado automático de um somatório de projetos setoriais. Em outras palavras, não se faz uma crítica mais profunda à responsabilidade es total na geração das desigualdades que, em parte, o programa procura corrigir, como ainda se desvia implicitamente para a esfera do consumo a solução de algo que se origina na esfera da produção.

Essas considerações cumprem aqui a função de demarcar mais precisamente a natureza e os limites de um projeto que é julgado, com justiça, inovador. Obviamente, seja por razões estratégicas/táticas, ou de qualquer outra natureza, não se esperava encontrar no PIASS uma proposta que avançasse além dos limites impostos pela conjuntura político-econômica geral do País no momento. Mesmo porque, se assim fosse, as possibilidades de sua implantação, que já encontram obstáculos sérios, seriam nulas. E desse ponto de vista, apesar da intensa luta interburocrática que acontece desde o início de sua implantação, descrita em Pellegrini e outros (1979), no final de 1978 o PIASS consegue

um elemento adicional que serve como garantia relativa de sua implantação: o convênio que 10 Estados do Nordeste conseguem, através de suas lideranças setoriais articuladas com o INAMPS, para a manutenção de rede básica que se implantava. Na medida em que, dada a escassez crônica de recursos das Secretarias Estaduais de Saúde, o custeio das novas unidades era impossível sem os recursos da Previdência Social ou de outra fonte, a nível federal, esse parece ter sido um passo crucial na consolidação do programa.

2.2.3. O Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde - (PREV-SAÚDE)

No início de 1980, convocou-se a VII Conferência Nacional de Saúde, cujo tema único de discussão foi a implantação de uma rede básica de serviços de saúde. Essa Conferência serve como "piloto" para a formulação do grande e ambicioso projeto de um Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE), a ser patrocinado pelo MS e pelo MPAS, com o objetivo de estender a cobertura de cuidados primários de saúde à quase totalidade da população brasileira, articulando simultaneamente as diversas organizações estatais e privadas em uma rede única, hierarquizada e regionalizada.

O projeto PREV-SAÚDE é encomendado inicialmente a um Grupo Técnico Interministerial, que apresenta um primeiro anteprojeto de "circulação restrita" em agosto de 1980, destacando como objetivos do Programa:

- "estender a cobertura por serviços básicos de saúde a toda a população;

- reorganizar o setor público de saúde pela articulação das diversas instituições existentes e pela reordenação da oferta de serviços, implicando a redução dos custos unitários e o aumento da produtividade dos recursos disponíveis;

- promover a melhoria das condições gerais do ambiente, conferindo ênfase à implantação de sistemas simplificados de abastecimento de água para populações não-cobertas pelos atuais programas e às medidas sanitárias - destino adequado de dejetos e melhorias habitacionais - necessárias ao controle da esquistossomose e da enfermidade de Chagas".

O projeto abrangeria todo o território nacional e a totalidade da população brasileira, incorporando as instituições de saúde do setor público e aquelas do setor privado que atendessem a determinados critérios: pertencer a instituições filantrópicas ou beneficentes, sem fins lucrativos; ser administrado através de formas organizativas de caráter comunitário; adotar práticas, métodos e procedimentos semelhantes ao setor público (universalização da clientela, financiamento através de subsídios globais, organização de serviços, etc.); e submeter-se aos mecanismos de controle a serem exercidos pelo setor público. Além disso, o anteprojeto previa que "o remanejamento dos recursos atualmente aplicados na compra de serviços básicos privados será feito em forma progressiva com respeito aos direitos e compromissos existentes; a substituição se fará pela suspensão de novos credenciamentos e pelo não-encaminhamento de pacientes, na medida em que a rede básica for capacitando-se para atender a demanda".

O eixo central das ações de PREV-SAÚDE é constituído pelos serviços básicos de saúde, prioritários em relação a outros níveis mais complexos de atendimento que lhes dão apoio. Seriam "aqueles essenciais ao atendimento das necessidades básicas de saúde da população de determinada área. No âmbito de atenção às pessoas, abrangem os cuidados primários prestados por agentes comunitários, por pessoal auxiliar e por médicos generalistas; a atenção ambulatorial diferenciada, em quatro áreas básicas (clínica médica, gineco-obstetrícia, pediatria e odontologia) e em especialidades estratégicas; e o internamento em Unidades Mistas. Por outro lado, compreendem, também, as medidas simplificadas de saneamento básico, de melhoria da habitação popular e das demais condições ambientais que representem riscos à saúde das comunidades" ¹⁸.

A prioridade do programa é o atendimento das áreas rurais e periféricas dos grandes centros urbanos onde exista a prevalência de endemias ou a concentração de pobreza.

Suas diretrizes principais nesse anteprojeto inicial seriam: responsabilidade pública pelos serviços básicos e

(18) Cf. Brasil, GTI/PREV-SAÚDE (1980).

pela condução e controle de todo o sistema; articulação entre as instituições públicas; descentralização decisória e operacional; integração entre as ações de promoção, recuperação e reabilitação; regionalização; simplificação de técnicas e meios; eficiência administrativa, sem prejuízo da eficácia social; participação comunitária vista como caminho para o desenvolvimento político e a satisfação social da comunidade.

Seu esquema operacional estrutura-se a partir do estabelecimento de níveis de atenção articulados entre si, e que vão do nível informal-comunitário ao atendimento especializado. Em cada nível, ter-se-iam unidades de saúde típicas, com funções e recursos suficientes para a resolução dos problemas de sua esfera de competência, recebendo apoio dos níveis superiores e prestando-os aos inferiores (modelo regionalizado, hierarquizado, funcionalmente unificado e operacionalmente articulado).

A gestão do Programa pressupõe três níveis diferenciados e articulados entre si:

- nível federal - articulação do MS e do MPAS através de uma Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação (CIPLAN), responsável pela articulação com outros ministérios e pela condução do Programa nesse nível, e coordenada pelos Secretários Gerais do MS e do MPAS;

- nível estadual - articulação entre a Secretaria Estadual de Saúde (SES), MS, INAMPS e MPAS, através de uma Comissão Interinstitucional de Planejamento Estadual (CIPE), presidida pelo Secretário Estadual de Saúde; a SES seria responsável pela coordenação operacional do Programa nesse nível;

- nível regional - criação de Diretores Regionais de Saúde, pertencentes às SES, com jurisdição sobre cada uma das Regiões de Saúde das diferentes unidades federadas. Esses órgãos teriam um conselho deliberativo integrado por representantes da SES, do INAMPS, de municipalidades e outras instituições com atuação significativa na área.

Para que os objetivos do PREV-SAÚDE pudessem ser cumpridos, o anteprojeto destacava a necessidade de redirecionamento da expansão da rede assistencial, de forma a privilegiar o crescimento das redes estaduais e locais de saúde, notadamente

no campo dos serviços básicos. A manutenção de órgãos federais na prestação direta de serviços e/ou sua expansão estariam na dependência da demanda gerada pelos serviços básicos

No que diz respeito aos recursos humanos necessários ao funcionamento do Programa, destacam-se a criação de uma multiplicidade de novos empregos e "o incentivo ao regime de tempo integral e dedicação exclusiva; a formulação de planos estaduais de cargos e salários para todas as categorias; a coibição de credenciamento ou contratação por instituições públicas, dos profissionais envolvidos no Programa com vistas à prestação privada de serviços de saúde finais ou complementares; a adoção de política salarial apropriada com estímulo ao exercício em localidades carentes e ao desempenho desejado; e o desenvolvimento de sistemas de supervisão e de educação continuada".

As metas eram ambiciosas. Os custos de investimento envolveriam recursos de origem interna e externa, totalizando, a preços de julho de 1980, a cifra de Cr\$ 156,9 bilhões. O financiamento de sua operação seria feito exclusivamente por fontes internas, sendo prevista para 1987 uma participação do INAMPS em 59,8%, do MS em 9,9%, dos Estados em 18,9%, dos Municípios em 5,6% e de outras fontes em 5,8% no total de recursos necessários.

Pela amplitude das reformas propostas gerou-se uma série de oposições. Inicialmente, manifesta-se a presidência do INAMPS através de ofício reservado ao gabinete do Ministro da Previdência, colocando-se de forma claramente contrária à proposta inicial. Alega-se uma série de imperfeições a níveis político, econômico e técnico. Em síntese, o centro da problemática subjacente aos argumentos apontados pelo INAMPS diz respeito a que o PREV-SAÚDE, na versão inicial, poderia implicar:

- um avanço sem precedentes do controle da prestação dos serviços de saúde pelo setor público, e em especial a nível das Secretarias Estaduais e Locais de Saúde;

- restrição acentuada ao controle que a organização detinha sobre essa área da atuação estatal, tanto no que diz respeito às articulações com o setor privado como com relação ao manejo dos recursos financeiros, até então sob sua jurisdição completa e absoluta;

- possibilidade de extinção do próprio INAMPS no futuro, ou sua passagem à esfera de jurisdição do MS, com um peso político muito menor, dadas as possibilidades de êxito de implantação da rede básica a níveis regional e local;

- restrições severas ao crescimento do setor privado prestador de serviços, notadamente do segmento contratado, ao qual a cúpula do INAMPS, nesse momento, estava ligada.

E isso decerto era mais do que a cúpula dirigente do INAMPS poderia admitir, mesmo estando relativamente de acordo com as necessidades de realização de algum tipo de transformação no perfil vigente de organização da intervenção estatal no setor.

Sucessivamente, posicionam-se de maneira antagônica ao anteprojeto inicial a FBH, a AMB e a própria ABRAMGE, ainda que com perspectivas diferenciadas. As duas primeiras, identificadas nessa conjuntura, dado o perigo que julgam iminente de estatização do setor Saúde, posicionam-se pela manutenção do atual perfil médico-assistencial privatista, postulando novos reajustes, incentivos e esquemas de financiamento ao setor hospitalar privado. De acordo com Cordeiro (1981), a AMB advoga ainda a desvinculação do pagamento de honorários médicos das contas hospitalares. A ABRAMGE, por sua vez, através da formulação de um extenso estudo denominado "Reformulação do Modelo Assistencial Médico", apresenta, alternativamente à proposta do PREV-SAÚDE, o maior incentivo e apoio aos grupos médicos: divisão da clientela potencial do setor privado, de forma a ter garantida uma demanda estimada de 45 milhões de pessoas, obtendo uma posição, até então negada, de "porta de entrada" do complexo médico-empresarial. Utilizaria, segundo essa proposta, a infra-estrutura hospitalar tanto particular como estatal ¹⁹.

De outro lado, as oposições ao perfil vigente da política de Atenção à Saúde se posicionam de maneira discreta e tímida ante o projeto, negando-se de certa forma a apoiá-lo ma-

(19) Cf. Raposo de Almeida et all. "Reformulação do Modelo Assistencial", ABRAMGE, São Paulo, 1980 (mimeo) e CORDEIRO, H. & FIORE, J.L. Da medicina liberal à medicina empresarial; a organização da assistência médica no Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, UERJ, 1980. 359p. mimeo. Relatório Final de Pesquisa Convênio FINEP/UERJ.

ciçamente.

Esse conjunto de constrangimentos leva à formulação de um novo anteprojeto do PREV-SAÚDE, agora tarjado com a chancela de "oficial" e que incorpora a maioria dos reclamos analisados.

As principais modificações realizadas no Programa e apontadas, inclusive em documento interno do Grupo Técnico Interministerial responsável pela primeira versão do PREV-SAÚDE, são, em síntese que:

- não é mais proposta a expansão de uma rede pública de serviços básicos de saúde, que funcionaria como porta única de entrada ao sistema de saúde. Omite-se a opção feita de bloqueio à compra de serviços ao setor privado nesse nível. Não são esclarecidas, dessa forma, as articulações do setor público com o setor privado (medidas de controle e enquadramento), o que torna ambíguo o novo texto do PREV-SAÚDE numa área considerada central do Programa;

- não existe mais definição clara e precisa de qual nível, no interior do próprio setor público, terá prioridade na expansão da rede de serviços básicos. Ou seja, em lugar da opção de privilegiamento das Secretarias Estaduais e Locais de Saúde no primeiro anteprojeto, aparece uma omissão que deve ser entendida como clara intenção de não colocar limites à expansão da rede de atendimento federal;

- deixa de existir a proibição da dupla militância dos recursos humanos utilizados (no setor público e no setor privado) e de estar previsto um alto grau de resolução esperado da rede básica. Em outras palavras, ao omitir-se o reconhecimento da necessidade de adoção de medidas de controle, tanto a nível dos recursos humanos quanto de contratação de serviços privados da Previdência Social, não só se deixa de evitar transferências desnecessárias para a rede privada, como se reduz a capacidade resolutiva da rede, que com tal magnitude em vez de diminuir as distorções existentes no perfil atual de política de saúde as acentuaria, com evidente vantagem para o setor privado, mas gerando pressões financeiras insuportáveis ao sistema de saúde;

- no que diz respeito à coordenação do Programa a nível estadual, deixa de existir a definição de que a articulação operacional seria de atribuição da Secretaria Regional de Saúde, que atuaria com a cooperação do MS e do INAMPS. Cria-se uma Secretaria Executiva subordinada à CIPE com composição paritária. Caberia à Secretaria Estadual de Saúde coordenar as atividades do programa desenvolvidas diretamente pelos órgãos estaduais e locais, devendo articular-se com os organismos federais a nível programático. Ou seja, retira-se da Secretaria Estadual a atribuição da coordenação operacional;

- esvazia-se o poder decisório da própria CIPE, uma vez que é retirada sua atribuição de gestora dos recursos financeiros, que originalmente deveriam ser aglutinados em fundos estaduais e municipais. A própria idéia de fundo deixa de existir concretamente, passando a adotar-se o mecanismo tradicional de repasse vinculado de recursos;

- a idéia de universalização, que no primeiro anteprojeto dizia respeito a todos os níveis de atendimento (inclusive aqueles recobertos pelo conceito de serviços básicos), é apresentada na nova versão também de forma ambígua. Isso porque se restringe a idéia de universalização aos serviços prestados pelo PREV-SAÚDE, podendo adotar-se o entendimento de que esse diz respeito somente aos níveis incluídos nos serviços básicos;

- altera-se substancialmente a idéia de participação comunitária, reduzida a uma menção superficial, perdendo o caráter mais amplo de participação no processo decisório;

- exclui-se toda a parte do Projeto que definia os perfis das unidades de atendimento no que diz respeito aos seus recursos físicos, materiais e humanos, abrindo-se possibilidade à construção de unidades diferenciadas e que podem ser rotuladas indistintamente de unidades básicas. Com isso, perder-se-ia a oportunidade de desenvolvimento de equipamentos e instalações adequadas às prestações de serviços básicos de saúde.

A nova versão do anteprojeto, já devidamente "ajustada" à correlação de forças políticas internas ao setor de Atenção à Saúde, é divulgada oficialmente e distribuída à grande maioria das entidades públicas e privadas que atuam nesse setor. Essa divulgação teria como objetivo a apreciação do Programa

ma de forma ampla, abrindo-se a possibilidade do envio de sugestões que visassem ao aperfeiçoamento do PREV-SAÚDE. Essas poderiam ou não ser incorporadas ao projeto em seu formato final, a critério da CIPLAN, materializando-se em novas alterações do projeto.

A partir desse momento, o Projeto sai do circuito de atenções principais e torna-se aparentemente alternativa secundária. As razões desse "esfriamento" parecem estar ligadas a dois fatores:

- a inexistência de um acordo "político" entre os diferentes grupos de interesse existentes nos setores privado e público atuante na área, levando a um "impasse" no que diz respeito ao formato aceitável do projeto;

- as diretrizes da política econômica do Governo, que levaram efetivamente ao desaquecimento da economia, a cortes no gasto público e à própria crise financeira da Previdência Social. Dado que o Programa exigia para a sua realização um volume considerável de investimentos, e outro não menos significativo para a operação da rede integrada, e que se contava para isso, no primeiro caso, com um aporte de recursos de origem interna e externa e, no segundo, com um grande volume de recursos oriundos da própria Previdência Social, ele se choca diretamente com a forma recessiva de administração da crise econômica que passa a vigorar no início dos anos 80.

2.2.4. O Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no Âmbito da Previdência Social

Os anos de 1982 e 1983 foram marcados por fatos que definiram algumas das perspectivas da política estatal em Atenção à Saúde.

De um lado, observa-se uma pressão contínua das principais autoridades econômicas em diminuir os gastos com a assistência médica previdenciária, e os níveis do gasto público em geral, no bojo de uma estratégia de administração da crise econômica cada vez mais marcadamente recessiva. A outra face dessa mesma moeda é a diminuição contínua das receitas previdenciárias, notadamente em função do aumento do desemprego, da "sone-

gação" e atrasos do recolhimento da contribuição previdenciária por parte de empresas públicas e privadas e das dificuldades do MPAS em diminuir o volume da "dívida" da União para com o Complexo Previdenciário.

De outro lado, e no espaço aberto pela necessidade de de revisão das formas de organização da assistência médica previdenciária, dada a diretriz mais geral de contenção do gasto do Complexo Previdenciário, o Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP) criado no final de 1981 com o intuito de rever a política vigente, passa a ter uma atuação decisiva do ponto de vista normativo.

Ademais, a troca do Ministro da Previdência, a partir da necessidade de desincompatibilização do Sr. Jair Soares para concorrer ao Governo do Rio Grande do Sul, tomando posse o Sr. Hélio Beltrão no início de 1982, acaba de certa forma facilitando a emergência de condições operacionais para que as medidas propostas no âmbito do CONASP sejam traduzidas em programas de ação do INAMPS. Isso porque o então presidente do CONASP, Dr. Aloisio Salles da Fonseca, assume também a presidência do próprio INAMPS.

A atuação do CONASP no primeiro semestre de 1982 é caracterizada pela realização de estudos visando à elaboração de um programa de trabalho reorientador da política de assistência médica previdenciária. Em decorrência, o que se encontra em jogo nesse momento é o próprio destino da política de Atenção à Saúde como um todo.

Em agosto de 1982, é aprovado o "Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no Âmbito de Previdência Social", elaborado pelo CONASP. Na exposição de motivos que acompanha o referido Plano, sintetizam-se os pontos principais da reforma pretendida: prioridade maior às ações primárias de saúde...; integração das instituições de Saúde mantidas pelo Governo Federal, Estadual e Municipal, num mesmo sistema regionalizado e hierarquizado, cuja amplitude pode e deve ser estimada local ou regionalmente, incluindo a população rural; utilização plena da capacidade de produção de serviços por essas instituições, às quais deve ser assegurada prioridade nos atendimentos à clientela; estabelecimento efetivo de níveis e limites orça-

mentários, para a cobertura assistencial, ajustando seus programas às condições reais da economia nacional; reconhecimento da participação complementar da iniciativa privada; administração descentralizada dos recursos...; estabelecimento de critérios mais racionais para a prestação de serviços médicos (tanto no âmbito do setor privado quanto a nível do setor público)...; simplificação concomitante dos mecanismos de pagamento de serviços prestados por terceiros...; racionalização das indicações e prestações de serviços médicos de custo elevado ... com a criação dos Centros de Referência para a prestação de tais serviços; implantação gradual da reforma num prazo útil, que permita, entre tanto, reajustes eventuais.

A análise mais detalhada do plano revela três linhas de intenções básicas:

- reduzir o nível do gasto do Complexo Previdenciário, através da modificação da forma de pagamento do setor contratado, passando-se do mecanismo até então em vigor (materializado nas Unidades de Serviço) para outro que considerasse a média dos procedimentos clínicos, permitindo pagamentos mensais globais pelos serviços prestados;

- utilizar de forma crescente a rede pública, a níveis regional e local, através do estabelecimento de convênios de ações integradas em assistência à saúde;

- obter uma reformulação na forma de organização dos serviços de Atenção à Saúde cujo resultado não prejudique ou mesmo melhore os níveis de atendimento alcançados, sem no entanto chocar-se com as diretrizes da política econômica e de gasto público em vigor.

Em síntese, pode-se afirmar que o "Plano de Reorientação" recupera várias diretrizes e princípios contidos no "finado" PREV-SAÚDE, com um "horizonte" de gasto e de dimensionamento de sua implantação mais adaptado às condições de temperatura e pressão ditadas pelas autoridades econômicas. Outro fato importante a ser lembrado é que a agência central e indutora desse processo de mudança é o próprio INAMPS, que continua centralizando os mecanismos principais de comando da política estatal em Atenção à Saúde.

O "Plano de Reorientação" encontrou várias oposições: o setor privado contratado passa consistentemente a negar a validade do novo sistema de pagamento implantado; as organizações ligadas à medicina de grupo se vêm praticamente excluídas da política estatal em Atenção à Saúde; os organismos sindicais acham que a reformulação ainda é tímida, dado o conjunto de carências da população nesse setor assistencial; os médicos, enquanto categoria profissional, reclamam das baixas remunerações recebidas e acreditam que o Plano é mais um elemento redutor de despesas etc.

Ainda assim, e ao contrário do que ocorreu com o PREV-SAÚDE, o Plano de Reorientação começou a ser implantado ao longo de 1983 e manteve até 1984, a despeito da correção do diagnóstico e da justeza da maioria de suas diretrizes, uma ambigüidade grave, fruto das pressões e resistências do amálgama de interesses que sustentavam o perfil de intervenção que se pretendia modificar. Era, de um lado, um plano redutor de custos no interior de uma política mais geral de contenção de despesas, orientado e estimulado pela Secretaria de Planejamento da Presidência da República face às dificuldades financeiras da Previdência Social. Tinha ademais a pretensão de reorientar a assistência médica na direção contrária dos interesses imediatos, dos prestadores privados de serviços, adotando os princípios que até aquele momento faziam muito mais parte das bandeiras de luta da oposição à política de atenção à saúde vigente, do que da agenda estatal para o setor.

Os resultados obtidos até o início da atual gestão mostram que acabou funcionando muito mais como um instrumento de redução das despesas, do que de transformação de política. Como vimos, a participação percentual do INAMPS na despesa global da Previdência Social foi decrescente entre 1981 e 1983, elevando-se novamente em 1984. As despesas de saúde por habitante decresceram em termos reais, entre 1980 e 1983, em 30% aproximadamente. Além disso, em 1984 o INAMPS dispendeu com tratamento no exterior de cerca de 137 pessoas o equivalente a 15% da totalidade dos recursos repassados às redes das secretarias de saúde, para a cobertura de 60 milhões de pessoas.

Cabe lembrar, entretanto, que apesar das difícil

dades e limitações para sua implantação, a existência do Plano permitiu que fosse plantado em uma conjuntura adversa o embrião das Ações Integradas de Saúde, definidas já em meados de 1984 como estratégia governamental de reorientação do setor, e que foi retomada e referendada no início da atual gestão, tornando-se um dos elementos direcionadores da atual estratégia de condução da Política de Assistência Médica Previdenciária.

2.2.5. As Ações Integradas de Saúde - AIS

Seguindo as orientações contidas no plano do CONASP, a CIPLAN instituiu em 1984 uma estratégia de intervenção denominada "Ações Integradas de Saúde", que passou a ser o principal mecanismo de reversão do perfil de intervenção estatal analisado anteriormente.

As AIS significam uma estratégia de integração programática entre as organizações de saúde de nível federal, estadual e municipal. Incluem-se também os demais prestadores de serviços existentes em cada unidade federada.

No nível federal, participam o MPAS, através de sua Secretaria de Serviços Médicos, e o INAMPS; o Ministério da Saúde, através do Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN), a Fundação Serviços de Saúde Pública (FSESP) e a Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (SUCAM), e a Central de Medicamentos (CEME); e o Ministério da Educação através de seus hospitais universitários e de ensino. No nível estadual, participam as secretarias de saúde, hospitais, fundações, universidades estaduais e outras organizações produtoras de serviços públicos, filantrópicas ou não. No nível municipal, incluem-se as secretarias de saúde locais, as instituições municipais de ensino e os hospitais.

Seus principais objetivos são: a estruturação de sistemas estaduais de saúde com alto grau de resolutividade; desenvolvimento de capacidade gerencial dos serviços a nível local e regional; integração da alocação de recursos oriundos de diversas fontes, valorização dos recursos humanos participantes da equipe de saúde; planejamento da intervenção através do desenvolvimento de parâmetros técnica e financeiramente viáveis e adaptá

dos às condições locais; orientação da pesquisa e das atividades das instituições de ensino para as necessidades de saúde em cada região.

As AIS têm como pressuposto que o poder público é o único responsável pelo controle do sistema de saúde e pela saúde da população. Além disso pressupõem a integração interinstitucional, o planejamento da intervenção, orientado pelo quadro de problemas sanitários, e a integralidade das ações de saúde, evitando as dicotomias preventivo/curativo, individual/coletivo, ambulatório/hospitalar.

Reafirmam para cada unidade federada os princípios de valorização das atividades básicas de saúde; a regionalização e hierarquização única dos serviços, operados por agentes públicos ou privados; a utilização prioritária da rede pública e a descentralização administrativa.

Estabelecem a co-participação das organizações envolvidas, procurando definir as atribuições de cada uma delas, bem como admite como legítimo e necessário que as diferentes categorias sociais envolvidas na prestação e na utilização dos serviços participem na definição de prioridades.

As AIS vêm sendo formalizadas através de três tipos de instrumentos jurídico-administrativos: os convênios (explicitam objetivos, estrutura e mecanismos de funcionamento das AIS em cada estado); termos aditivos (visam a operacionalização de projetos específicos de atuação conjunta, envolvendo compromissos programáticos e financeiros); termos de adesão (visando à incorporação das prefeituras de determinadas regiões nas AIS, de finindo programas e recursos financeiros).

A estrutura funcional pensada para dar viabilidade de a essa estratégia foi a de constituir instâncias colegiadas para o planejamento, gestão e acompanhamento das AIS nos diferentes níveis de governo. No plano nacional, cabe à CIPLAN normatizar a atuação integrada das organizações federais. A nível estadual criaram-se as Comissões Interinstitucionais de Saúde (CIS), compostas pelo Secretário Estadual de Saúde (seu coordenador), pelo Superintendente Regional do INAMPS e por representantes dos Ministérios da Saúde e Educação. Ao nível regional, criou-se a Comissão Regional Interinstitucional de Saúde (CRIS), que tem co

mo atribuições o planejamento integrado e a coordenação das AIS em cada região de saúde, nos estados. Participam da CRIS tanto os representantes regionais dos órgãos "convenientes" quanto representantes das diferentes organizações que aderiram às AIS em cada região. Finalmente, no plano local criaram-se as Comissões Locais ou Municipais Interinstitucionais de Saúde (CLIS/CIMS), que planejam e gerem as Ações Integradas no âmbito do município ou de um conjunto de municípios, dependendo da complexidade de cada caso. Integram tais comissões os representantes das organizações "convenientes", da(s) secretaria(s) municipal(ais) de saúde ou da prefeitura, e outras entidades comunitárias, sindicais, ou representativas da população local.

A alocação de recursos caberá majoritariamente ao INAMPS, através da manutenção de seus serviços próprios, remuneração dos serviços privados contratados e co-participação no custeio dos hospitais de ensino e universitários, do serviço de saúde pública, dos serviços públicos de saúde, e na co-gestão dos hospitais públicos. O Ministério da Saúde providenciará os orçamentos dos serviços próprios, o estabelecimento de convênios de co-participação com as secretarias estaduais e convênio de co-gestão com os MPAS, para as despesas de seus próprios hospitais. Ao Ministério da Educação cabe a co-participação nas despesas de seus próprios hospitais, dos hospitais universitários e de ensino não pertencentes a rede federal própria e no financiamento de projetos de adequação de instalações ou compra de equipamentos para serviços beneficentes de saúde em municípios onde não existam hospitais federais próprios. Além disso também terá participação no custeio de projetos de pesquisa que auxiliem as AIS no desenvolvimento de recursos humanos adequados. Finalmente, os estados e municípios deverão realizar investimentos nos serviços próprios e mantê-los, bem como aos serviços comuns de apoio e àqueles outros necessários à implantação das AIS.

As áreas gerais de intervenção das AIS são assistência médico-hospitalar e farmacêutica e desenvolvimento institucional. Foram eleitas como áreas específicas e prioritárias o controle das doenças transmissíveis, a promoção da saúde da mulher e da criança e as doenças redutíveis por saneamento.

A programação anual a ser desenvolvida deve ter

como perspectiva a consolidação das ações em cada estado, procurando levar em conta as especificidades locais, a totalidade da rede de serviços, incluindo organizações filantrópicas, sindicais e privadas, e as organizações ligadas ao sistema de ensino universitário. A nível operacional, procura-se a solução prioritária dos problemas de saúde com maior frequência e magnitude, e orientação da rede de serviços para a assistência primária.

A análise do desempenho das AIS em 1984 mostra que vem sendo conseguido entre as várias organizações públicas envolvidas um grau maior de entendimento que não havia sido alcançado anteriormente. Como a implantação das AIS independe do estabelecimento de qualquer pré-requisito definindo ou redefinindo as jurisdições burocráticas pré-existentes, sua viabilidade inicial (implantação) é fácil. Ademais, significou o aporte de recursos substantivos do INAMPS para a rede pública, o que até então não ocorria. Permanece problemática, porém, a operacionalização cotidiana das AIS, onde surgem três tipos de questões:

- retração dos recursos das esferas estaduais e locais, alterando na prática o princípio da repartição proporcional de encargos;

- excessiva hegemonia do INAMPS, que passa a ter forte ingerência nas secretarias estaduais e locais de saúde, na medida em que os repasses de recursos estão condicionados a padrões de produtividade pré-fixado;

- baixa representatividade e falta de agilidade das comissões de planejamento e gestão de serviços, que não conseguiram até o momento se efetivar como locus real das decisões.

Outro problema diz respeito à não-inclusão efetiva dos prestadores privados nessa estratégia, que se limitou a procurar integrar as ações da rede pública.

Além disso, como instrumento de universalização e equidade ela apresenta limitações claras. Não foi conseguido, por exemplo, tornar o atendimento prestado pelos produtores privados aos trabalhadores rurais equivalente ao dos urbanos: o sistema de remuneração incentiva a produção dos serviços destinados aos beneficiários urbanos, pagando-os segundo sua quantidade e grau de complexidade; os fornecidos à população rural são remun-

rados por subsídio, segundo a cobertura potencial, levando o prestador a restringir o atendimento.

É fato, entretanto, que com as AIS parece ter sido iniciado um processo que, sem resolver a questão maior da estruturação de uma política nacional de saúde, conseguiu transferir mais recursos federais para estados e municípios, aumentar os níveis de equidade e universalização; estimular a produtividade das secretarias de saúde estaduais e municipais e dos demais órgãos públicos, além de diminuir o paralelismo e a duplicação de esforços através de programações e alocações conjuntas

2.3. Desempenho da Política de Atenção a Saúde em 85

A situação política do Brasil no início da Nova República permitiu que se consolidasse a antiga demanda popular de que a atenção à saúde seja considerada conquista e direito de cada trabalhador, de cada cidadão, e dever do Estado. Tal fato influenciou o discurso governamental em relação ao conjunto das políticas sociais, expresso principalmente no documento "Prioridades Sociais 1985", formulado pela Secretaria do Planejamento e nos planos nacionais de desenvolvimento setoriais formulados no âmbito de cada Ministério ligado ao desenvolvimento social.

No caso específico do MPAS e do MS, tal pressuposto implicou a formulação de diretrizes voltadas à universalização e à equidade no acesso aos serviços de saúde. Isso envolveria eliminação das diferenças de atendimento entre as áreas urbana e rural, disponibilidade de serviços próximos ao local de moradia ou trabalho e provisão de medicamentos essenciais, exames complementares básicos e serviços de pronto-socorro.

No exame dos planos setoriais do MPAS e do MS pretende-se comparar políticas, diretrizes, estratégias e linhas programáticas tais como elas se expressam a nível das intenções dos novos dirigentes da área de atenção à saúde.

Posteriormente, e só para a política de assistência médica no âmbito da Previdência Social, serão apresentadas as realizações mais significativas do ano, propiciando uma comparação entre as intenções e o efetivamente realizado.

Serão indicados também os principais pontos de defasagem observados a partir dessa comparação, de modo a permitir a especulação acerca das tendências de desenvolvimento da política em questão.

Por ausência de informações mais recentes, o mesmo procedimento não será adotado para a atuação do Ministério da Saúde, que será analisado em separado, no item seguinte.

2.3.1. O Plano Setorial do Ministério da Saúde

2.3.1.1. Diagnóstico Setorial

O documento do MS, seguindo a interpretação da determinação social das condições de saúde, inicia seu diagnóstico através da análise do quadro sanitário do país e de seus determinantes: perfil da renda, dinâmica demográfica, condições ambientais (habitação e saneamento) e serviços de assistência à saúde.

Em relação a este último aspecto, destacam-se como problemas prioritários:

- desigualdade no acesso aos serviços de saúde, contrariando o reconhecimento de que se trata de um direito inalienável de todo cidadão e dever do Estado;

- inadequação dos serviços à estrutura de necessidades, ou seja, organização não integrada, não hierarquizada e não regionalizada da rede de serviços, com predominância do atendimento médico-hospitalar;

- baixa produtividade dos recursos, crescimento elevado e descontrolado dos custos e qualidade insatisfatória dos serviços;

- estrutura de financiamento setorial inadequada;

- ausência de integralidade das ações de saúde (integração programática e operacional das atividades de prevenção, promoção e recuperação da saúde) e diversidade exagerada das formas de produção e remuneração dos serviços;

- multiplicidade e descoordenação das instituições atuantes no setor, associadas à excessiva centralização do processo decisório.

2.3.1.2. Política e Diretrizes Básicas

A condução da política de atenção à saúde é responsabilidade do Estado, que deve formulá-la, executá-la e controlá-la na sua totalidade. Deste ponto de vista, o setor privado só participará como concessionário de um serviço público em articulação e sob coordenação do setor público.

Preconiza-se o respeito ao princípio federativo segundo o qual cada sistema estadual, com suas especificidades, será a unidade organizativa básica de um sistema nacional. Isso implica no redirecionamento da expansão do sistema nacional de saúde, privilegiando os serviços estaduais e municipais e as ações básicas de saúde. Para tanto, objetiva-se a integração interinstitucional do setor público, com a divisão proporcional das responsabilidades financeiras, permitindo o retraimento gradual da participação federal na oferta de serviços de âmbito local e regional. Tal diretriz pressupõe a organização dos serviços numa rede única regionalizada e hierarquizada, que maximize as potencialidades da base técnica instalada, eliminando a capacidade ociosa e racionalizando procedimentos de modo a obter custos operacionais suportáveis. Isso, por sua vez, leva à diminuição do ritmo de expansão da oferta médico-hospitalar altamente especializada e à retração de incentivos a empreendimentos públicos e privados não compatíveis com as prioridades do setor.

Para tanto, se torna necessária a definição precisa tanto do âmbito de atuação de cada componente do sistema nacional de saúde, quanto da participação popular no controle público das ações estatais, através dos canais de representação disponíveis.

Esse é o caminho da obtenção da universalidade e da equidade na área.

2.3.1.3. Estratégias de Ação

A consecução da política e das diretrizes acima pode ser alcançada apenas a médio prazo e dentro de uma nova ordem constitucional que recoloca a questão social como prioridade. Não se preconizam alterações drásticas que impliquem em grandes transformações estruturais. Admitindo as dificuldades econômicas do país, propõe-se que se avance na busca da universalização e da equidade paulatinamente, otimizando a aplicação dos recursos já disponíveis e identificando novas alternativas de financiamento.

Nesse particular são destacadas 5 medidas de significativo alcance político e institucional: decretação do direito universal da assistência à saúde, com atos normativos que permitam atender qualquer cidadão em qualquer serviço oferecido pelo Estado; reformulação dos papéis e relações inter-organizacionais, através da revisão da lei do Sistema Nacional de Saúde, conduzindo a nível federal à convergência, em uma única instituição, das responsabilidades de condução das ações setoriais; realização de uma Conferência Nacional de Saúde representativa das forças sociais do país, com o objetivo de subsidiar a Assembléia Nacional Constituinte; reformulação do Fundo Nacional de Saúde e constituição de fundos estaduais enquanto formas jurídicas de administração dos orçamentos consolidados; agilização de projetos de captação de recursos adicionais.

São citadas também ações complementares, que serviriam para viabilizar um amplo processo de descentralização, desconcentração e participação nas decisões, tais como: repasse dos recursos e das responsabilidades executivas da União para os estados e municípios; implementação da integração inter-institucional baseada nas experiências de gestão colegiada em curso nas AIS devidamente aperfeiçoadas; definição dos compromissos financeiros de cada instituição; acesso das representações comunitárias, especialmente associações de moradores, à gestão colegiada dos serviços; alteração da política de recursos humanos (formação, composição da equipe de saúde, remuneração, etc.); articulação com a política de medicamentos; eficiência gerencial.

2.3.1.4. Linhas Programáticas

O MS, com base no anteriormente exposto, elege 4 grandes áreas programáticas:

- assistência médico-sanitária (assistência médica, odontológica, materno-infantil, assistência integral à saúde da mulher e da criança, controle de qualidade da água e suplementação alimentar);

- controle de doenças transmissíveis (esquistossomose, chagas, tuberculose, malária, sarampo, pólio, co-

queluche, difteria, tétano e hanseníase);

- vigilância sanitária (medicamentos, alimentos, cosméticos, saneantes domiciliares, vigilância de portos, aeroportos e fronteiras terrestres);

- infra-estrutura de serviços básicos de saúde e saneamento;

- desenvolvimento institucional (planejamento, recursos humanos, organização e funcionamento dos serviços).

2.3.2. O Plano Setorial do MPAS/INAMPS

2.3.2.1. Diagnóstico Setorial

Partindo de um breve histórico das políticas de saúde, o diagnóstico do MPAS/INAMPS compartilha da visão de determinação social da saúde e da doença, analisando fundamentalmente o processo de privatização da política de assistência médica previdenciária e as distorções para o atendimento à saúde dele decorrentes. De maneira menos incisiva que o MS, o MPAS/INAMPS estabelece alguns princípios fundamentais que orientarão suas ações:

- responsabilidade intransferível do setor público no planejamento e controle do sistema de saúde e papel prioritário em sua execução;

- participação complementar do setor privado prestador de serviços de saúde;

- adequação da estrutura de serviços à estrutura de necessidades da população, com ênfase nas ações primárias de saúde.

Reafirma e referenda as AIS como principal estratégia de reorientação do setor e coloca como questão central a reversão do perfil vigente de intervenção estatal na sua relação público/privado. Nessa ótica, indica a ociosidade do setor público e suas origens no progressivo esvaziamento de recursos, ocorrido no passado. Fica clara a percepção da influência de interesses dos prestadores de serviços e dos produtores de insumos na sustentação de um perfil de intervenção que agora pretende ser modificado.

Outra questão apontada é a distorção da cobertura rural/urbana, sendo indicada a ampliação da cobertura da população rural principalmente no atendimento ambulatorial.

A correção das distorções na composição das equipes de saúde e a organização de um sistema de informações que permita ações decisórias mais ágeis na área técnica e de gerenciamento são problemas também examinados.

Apontam-se finalmente problemas na ordenação dos serviços próprios, contratados e conveniados, que na configuração atual limitam fortemente as possibilidades de reordenamento na direção da universalização e equidade.

2.3.2.2. Política e Diretrizes Básicas

Parte-se da visão de que a política de atenção à saúde só poderá viabilizar os princípios contidos nas AIS se inserida no contexto de um pacto social e de um projeto político mais abrangente do que permitem as ações setoriais. Em relação a esse aspecto, postula-se a transparência das decisões estatais e a ampla discussão das questões relativas a mecanismos de financiamento, modalidades de prestação de assistência e reorganização administrativo-institucional do setor.

Essa política se pautará por três princípios básicos: descentralização, integração dos serviços e universalidade e equidade em sua oferta e acesso. Suas principais diretrizes: eliminação progressiva da discriminação vigente entre população urbana e rural, previdenciária e não previdenciária; hierarquização e regionalização dos equipamentos públicos e privados, com aumento da resolutividade dos serviços; instrumentalização das comissões propostas no âmbito da AIS, dando-lhes condições técnico-financeiras para o exercício de suas atribuições; aumento da participação societal; apoio ao planejamento e programação de atividades a partir do quadro sanitário prevalente em cada estado da federação; composição de fundos federais, estaduais e municipais a serem geridos pelos níveis decisórios correspondentes, de modo a permitir a orçamentação e o dispêndio integrado.

2.3.2.3. Estratégias de Ação

O plano do MPAS/INAMPS preconiza integração interinstitucional na elaboração dos planos estaduais de saúde, tendo como eixo condutor o setor público e articulando técnica e funcionalmente os prestadores privados de serviço; reconhecimento da legitimidade da participação societal nos diferentes níveis do processo de formação e implantação das políticas do setor; descentralização e desconcentração de atividades para viabilizar a organização dos serviços regionalizados e hierarquizados; universalização do atendimento; discussão ampla dessas propostas para que a sociedade se manifeste, propiciando livre trânsito de idéias que auxiliem os debates no Congresso Nacional e na Assembléia Constituinte.

2.3.2.4. Linhas Programáticas

O aprofundamento das AIS, com a definição das responsabilidades dos diferentes níveis de governo, do ponto de vista operacional e financeiro e mediante a incorporação progressiva da rede ambulatorial e hospitalar privada, constitui caminho eficaz, na visão do MPAS/INAMPS, para a integração programática e operacional, com vistas ao enfrentamento dos problemas prioritários do setor.

Também aqui existe pouca divergência quanto à necessidade de se estabelecerem sistemas de saúde de âmbito regional e local adaptados às necessidades de cada unidade federada, restabelecendo-se o princípio federativo.

As principais linhas programáticas são, em decorrência:

- desenvolvimento de sistemas estaduais e intermunicipais de saúde, de modo a permitir que as CIS, CRIS, CIMS ou CLIS tornem-se as unidades organizativas básicas;

- modernização e expansão do sistema de atenção médico-odontológico;

- expansão das unidades de assistência médica, através dos postos de assistência médica na zona urbana e de unidades mistas na zona rural;

- aumento da capacidade de gerenciamento e controle das atividades e projetos no âmbito da assistência médica previdenciária.

Nota-se nessas propostas de atuação do MS e do MPAS/INAMPS o reconhecimento explícito dos desacertos da política vigente até então, o que sem dúvida faz parte do figurino das oposições, quando chegam ao poder. Ademais, a base da crítica ao perfil de intervenção apresenta poucas diferenças.

O MS procura ampliar seus espaços reais de atuação através da proposição explicitamente "avançada" de uma política de atenção a saúde que, embora ainda vaga, contém os ingredientes essenciais ao apelo participatório; de efetivo controle estatal subordinando as ações do setor privado; de descentralização e desconcentração em prol dos estados e municípios; e de unificação do comando da política a nível nacional sob sua jurisdição.

O MPAS/INAMPS, por sua vez, a despeito de no geral compartilhar dos mesmos princípios, é bastante mais cauteloso em relação aos pontos acima mencionados, sendo definitivamente ambíguo no que diz respeito ao comando da política a nível federal.

É interessante notar que, apesar de os atores sociais terem sido parceiros na oposição à política de saúde então vigente, quando estavam fora do poder, ao se colocarem em locus burocráticos diferenciados, em termos da capacidade de intervenção, interiorizam as ambigüidades que de certa forma marcam o funcionamento do sistema político e do Estado na presente conjuntura.

2.3.3. O Desempenho da Política de Assistência Médica Previdenciária

Alguns resultados importantes da estratégia de fortalecimento das AIS já foram alcançados em 1985. Houve um aumento significativo do número de municípios que assinaram termos de adesão ao Convênio AIS: passaram de 132, ao final de 1984, para 644 ao final de 1985. Com isso, alargou-se a área de

abrangência desse programa, que passou a cobrir 67% da população brasileira ou cerca de 91 milhões de pessoas.

Os recursos financeiros alocados para as AIS cresceram 153%, em termos reais, entre 84/85, a despeito de ainda serem inferiores a 10% do orçamento executado pelo INAMPS. A participação da rede pública estadual e municipal no volume total de internações, consultas médicas, serviços odontológicos, exames de patologia clínica, exames especializados e terapias, aumentou de forma significativa, acarretando um acréscimo da participação dessa rede na despesa global realizada da ordem de 4%, o que demonstra o passo inicial do processo de realocação de recursos.

Estabeleceu-se um plano gradativo de universalização do atendimento, prevendo-se até 1989 um crescimento anual médio de 7% nas consultas médicas e de 4,5% nas internações, visando à obtenção de parâmetros de cobertura da ordem de 2 consultas médicas por habitante/ano e de dez internações por 100 habitantes/ano em áreas carentes. Tal plano envolverá um acréscimo anual real de recursos da ordem de 6,4%, até o final da década.

Outra linha de ação procurou rever as atuais formas de relacionamento com os prestadores privados, para garantir níveis progressivamente adequados de remuneração, integração regional dos programas de ação e controle efetivo, fiscalização e acompanhamento das prestações.

Dentro de uma nova ótica jurídico-administrativa, o atendimento à saúde deve ser concebido como um SERVIÇO PÚBLICO, independentemente do agente operador - obrigando ao estabelecimento de um conjunto de normas técnicas, relações econômicas explícitas e responsabilidades jurídicas que sustentem adequadamente uma nova forma de relacionamento com o setor privado, concretizada em um Contrato-Padrão que, além de resguardar mais adequadamente os interesses dos prestadores privados, permitirá ao Poder Público e ao INAMPS, em particular, exercer controle, acompanhamento e avaliação das ações, direcionando as atividades dos prestadores conforme as diretrizes da política de assistência médica. Estabeleceu-se um "forum" democrático de

discussão, com representantes dos prestadores privados de serviço, sindicatos e associações da categoria médica, com o objetivo de subsidiar as decisões de política, evitando assim decisões autoritárias, como as do passado.

A tomada dos sistemas de controle e avaliação dos serviços - que, embora prevista na concepção original do plano do CONASP para o pagamento das internações hospitalares, havia sido abandonada - constituiu outro aspecto importante da relação com os prestadores, permitindo um avanço real no combate às fraudes. Prevê-se ainda para o início de 1986 a implantação de um sistema integrado de informações da assistência médica previdenciária, envolvendo o controle de todas as modalidades assistenciais. Essas medidas redundaram numa real diminuição do número de contas hospitalares processadas a cada mês de 1985, em comparação com o mês equivalente do ano anterior. Além disso, verificou-se uma queda na participação dos prestadores contratados na despesa global: era de 58,3% em 1984 e caiu para 42,4% em 1985, sem prejuízo do atendimento e no bojo de um remanejamento de recursos que privilegiou as Ações Integradas de Saúde (como já foi referido), os hospitais universitários e os serviços próprios.

No âmbito dos Serviços Próprios, já foram obtidos aumentos da ordem de 20% nos níveis de atendimento nos Postos de Assistência Médica, estando previsto aumento equivalente até meados de 1986. Colocaram-se em funcionamento, em 1985, mais de 800 leitos de hospitais próprios que estavam desativados, prevendo-se a ativação de igual número até meados do ano em curso. Novas unidades prontas e desativadas foram recuperadas e postas em atividade, e deu-se seqüência normal ao Programa de Construção e Ampliações da Rede Própria.

Deve-se destacar a revisão efetuada no sistema de contrato de serviços de terceiros e compra de material de consumo: no primeiro caso, medidas simples e imediatas impediram a continuidade da formação de cartéis; no segundo, foi adotada uma tabela básica de preços a ser cumprida em todas as Superintendências, evitando-se disparidades, desperdícios de recursos e malversação de fundos públicos.

No campo dos recursos humanos, além da concessão de adicional para a eliminação de desníveis salariais mais gritantes, um progresso importante foi conseguido na área de treinamento de pessoal, onde se destaca a inclusão do INAMPS no projeto Larga Escala - Acordo MEC/MS/MPAS/OPAS para a formação de pessoal de nível médio.

Dando suporte a todas essas medidas, procurou-se reestruturar organizacionalmente a Direção Geral do INAMPS e as Superintendências Regionais (estas ainda em processo de mudança). Estabeleceu-se uma política científica e tecnológica para o INAMPS, que, a despeito de ser um dos grandes demandantes de equipamentos e de tecnologia médica, não possuía até esta gestão critérios definidos para a área. Procurou-se, através do estabelecimento de um programa específico, elaborar critérios de seleção e avaliação de tecnologia, iniciando-se pelos procedimentos de alto custo, dada a sua importância no aumento dos gastos dos serviços médico-hospitalares. Tal preocupação, para ser concretizada, implicou no estabelecimento de Centros de Referência Públicos, processo que se encontra em curso.

Também como linha auxiliar, buscou-se a integração com organismos de ciência, tecnologia e pesquisa (FINEP, CNPq, etc.) e iniciaram-se estudos visando a resgatar a experiência das Centrais de Manutenção de Equipamentos Médico-Hospitalares. Somente providência desse tipo permitirá que voltem a funcionar os 40% dos equipamentos hospitalares que normalmente se encontram fora de uso por falta de manutenção.

Ainda no campo da tecnologia, conseguiu-se uma alteração significativa nos contratos firmados em decorrência de Protocolos Financeiros estabelecidos entre o Brasil e a França, em 1984. A administração anterior havia se comprometido com a aquisição de equipamentos, entre 1984 e 1985, no valor total de 435 milhões de francos franceses. A atual gestão concluiu pela inadequação quantitativa e qualitativa dos pedidos, bem como por sua incorreta distribuição regional para a rede de serviços. Obteve-se redução do valor do contrato, com redefinição da lista de equipamentos, localização, condições de manutenção técnica e treinamento de pessoal.

Outras medidas importantes que devem ser lembradas são: o desenvolvimento e implantação de uma nova metodologia de elaboração da proposta orçamentária de 1986, que procurou traduzir uma maior participação das Superintendências Regionais, via procedimentos descentralizados de decisão; criação de um Plano de Cargos e Salários com estudos já encomendados ao Ministério da Administração; humanização do atendimento, através da eliminação de entraves burocráticos ao acesso do usuário aos serviços, em processo de implantação; reestruturação das atividades da Procuradoria-Geral do INAMPS, dotando-a de condições para, efetivamente, transformar-se em instrumento de acompanhamento e controle da Assistência Médica Previdenciária.

O resultado das ações desenvolvidas na área de assistência médica traduziu-se em 1985, num aumento real de recursos da ordem de 9,5%, em relação a 1984, com um dispêndio global da ordem de Cr\$ 18,3 trilhões. Considerando-se as mesmas datas, o dispêndio per capita em saúde por habitante também se elevou, em termos reais, em nove pontos percentuais.

É preciso deixar claro que esses resultados representam ainda passo inicial, face à envergadura das transformações necessárias para se atingir uma política global de atenção à saúde que efetivamente responda aos interesses da sociedade brasileira em seu conjunto.

2.4. Assistência Médico-Sanitária: Os Programas de Saúde Pública

A reativação da saúde pública foi uma tendência ainda tímida, que começou a se instalar a partir do final dos anos 70, quando se impôs a necessidade de reverter a política do setor - embora a retórica tenha sido maior do que as medidas efetivamente concretizadas.

Contudo já estava oficialmente reconhecida a piora das condições de vida, tanto quanto o reaparecimento no quadro urbano de moléstias endêmicas já controladas, como a febre amarela, a ocorrência da meningite, o agravamento das condições de nutrição, a tuberculose, enfim, um conjunto de enfermidades que punham a nu o quadro nosológico brasileiro, bastante desfavorável.

Reconhecia-se também a crise do setor saúde, que apresentava, como vimos, um conjunto de distorções na organização e prestação dos serviços e no seu financiamento, cujo enfrentamento o governo instalado em 1979 procurou conter controlando mais eficazmente a assistência médica individualizada, devido ao aumento dos gastos - ponto nevrálgico da questão, segundo o discurso oficial.

Especificamente, o Ministério da Saúde, desde a constituição do Sistema Nacional de Saúde (Lei 6229 de 1975), detém funções planejadoras na formulação da política nacional do setor - proteção à saúde, combate às endemias, avaliação do estado sanitário da população - e recursos científicos e tecnológicos. Detém ainda outras funções coordenadoras, normatizadoras e fiscalizadoras sobre um conjunto de ações de caráter coletivo (controle de drogas; vigilância epidemiológica; alimentação e nutrição e fiscalização sanitária) que constituem as bases de sua organização e intervenção.

Aquela lei, manteve intacta a clássica dicotomia das ações médico-sanitárias e médico-curativas individuais, estas últimas a encargo do Ministério da Previdência Social, que detém a hegemonia sobre o modelo de assistência médica no país, conforme analisado anteriormente.

As principais áreas programáticas do Ministério da Saúde, definidas em 1976 pelo decreto nº79056, abarcam: o controle e erradicação das doenças transmissíveis, alimentação e nutrição, prestação de serviços médico-assistenciais (rede básica de assistência médico-sanitária, interiorização das ações de saúde, proteção materno-infantil, saúde mental e controle do câncer), aperfeiçoamento de recursos humanos e saneamento básico.

Sua competência programática, porém, era baixa, e na nova organização procurou-se imprimir-lhe maior capacidade gerencial, o uso de tecnologias mais apropriadas à solução dos problemas e descentralização de atividades, mediante apoio às Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. Mantiveram-se as Delegacias Federais de Saúde, coordenadorias da Amazônia, Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul.

A formalização de um quadro preciso sobre o conjunto das intervenções médico-sanitárias de alcance coletivo, e sobre algumas ações de caráter médico-curativo a encargo do Ministério da Saúde em termos de estrutura organizacional, cobertura, implementação e alcance dos programas, durante o ano de 1985, fica prejudicada, nesta publicação, pela falta de dados.

Um dos obstáculos à obtenção de informações e à variedade de programas existentes, executados por um conjunto de órgãos vinculados ao Ministério da Saúde e/ou aos Estados, incorporados às suas redes básicas, com capacidade operativas diferenciadas e nem sempre detentoras de tradições de registro dos resultados de suas operações.

Outros programas coordenados pelo mesmo Ministério estão centralizados em órgãos específicos. É o caso, por exemplo, das endemias, sob a responsabilidade da Superintendência de Campanhas de Saúde Pública, dispondo de sistema de registro mais aperfeiçoado, com divulgação de suas intervenções e dos programas de tuberculose e hanseníase, realizados na rede básica, através de convênios. Outros ainda são modalidades intermediárias, com estruturas verticais e horizontais, como o Programa Nacional de Imunização, realizado sob a forma de campanhas juntamente com intervenções rotineiras empreendidas pela rede básica. Essa diversidade é acentuada pelo modo de operação

do Ministério, que ainda mantém intervenções pontuais dirigidas a certos grupos com problemas específicos de saúde, muitas vezes duplicando a ação de instituições federais e estaduais.

Diante do exposto, optamos por uma apresentação seletiva dos programas, em decorrência de sua abrangência e importância e da disponibilidade de informações a partir, pelo menos, dos últimos 5 anos. Resta por fazer uma maior sistematização e investigação de um conjunto de programas para que se precise a abrangência de um quadro avaliativo do seu impacto. ¹

Programa de Controle das Endemias

Quatro endemias merecem ser destacadas em função de sua extensão e importância no quadro nosológico nacional: malária, doença de chagas, esquistossomose e febre amarela. O seu controle é desenvolvido pela superintendência de Campanhas de Saúde Pública (SUCAM) - órgão do Ministério da Saúde - em todo o território nacional, através das diretorias regionais sediadas nas capitais, as quais possuem, como unidades técnico-administrativas mais periféricas, os Distritos. A SUCAM possui atualmente 26 diretorias regionais e 80 distritos. Há tendência a se incorporarem as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, juntamente com a Fundação SESP, no controle das endemias,

(1) As informações e referências foram extraídas das seguintes publicações: BECKER, R. A. "Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica". Anais do Encontro Nacional de Controle de Doenças. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde. Brasília, 1983: 35-48; "Programa Nacional de Imunização". Anais do Encontro Nacional de Controle de Doenças. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde. Brasília, 1983: 147-148; Escola Nacional de Saúde Pública - Radio Tema, 5 de agosto de 1983; MONTEIRO, A. Vigilância Epidemiológica da Difteria, Coqueluche e Tétano no Brasil. Anais do Encontro Nacional de Controle de Doenças. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde. Brasília, 1983: 65-75; Ministério da Saúde. Superintendência de Campanhas de Saúde Pública. Situação dos Programas de Controle de Endemias em 1982, Brasília, 1983; Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição - INAN, Brasília, Relatórios de Atividades: 1980, 1981, 1982, 1983, 1984; Ministério da Saúde. Relatório de Atividades: 1983.

deixando a SUCAM de executá-las com exclusividade. Apenas no Estado de São Paulo a Secretaria de Saúde encarrega-se daquele controle.

Outras endemias, além das citadas, estão sob o controle da SUCAM: leishmaniose, tracoma, filiariose e peste.

Malária

A campanha de erradicação da malária integrou-se à SUCAM em 1970, definindo-se desde então as diretrizes do Programa, vigentes até o momento:

1. A área da malária foi subdividida em duas sub-áreas:

- área de erradicação a curto prazo, representando 26% da superfície malárica do país (1.8 milhões de Km²), compreendendo 37 milhões de habitantes;

- área de erradicação a longo prazo, compreendendo 74% da área malárica (5,1 milhões de Km²: a Amazônia legal) e 9.8 milhões de habitantes.

2. A estratégia de combate à malária foi redefinida, passando a compreender os seguintes objetivos:

- manter livres de transmissão as áreas que deixaram de ser endêmicas;

- completar a interrupção da transmissão em áreas com baixa incidência;

- reduzir a incidência em áreas de erradicação a longo prazo.

O combate à malária realiza-se na luta anti-vetorial (mosquitos do gênero Anopheles), através do uso do DDT em ciclos semestrais. A doença é tratada com medicamentos esquizotomicidas, e sua incidência é medida através de exame parasitológico de mostras de sangue.

Resultados

No período de 1971 a 1982 houve redução da incidência de casos nas áreas de erradicação a curto prazo (Região Extra-Amazônica). O número de casos positivos caiu de 7.908 em 1981 para 7.289 em 1982. Os casos autóctones nesta área reduzi-

ram-se de 1.267 em 1981 para 591 em 1982 (Fonte: MS/SUCAM, 1983). Nas áreas de erradicação a longo prazo (Região Amazônica), houve aumento da incidência de 10.9 em 1978 para 16.05 em 1982. Nas áreas em fase de consolidação, novos focos foram descobertos em 1982: Piauí (26); Ceará (20); Rio de Janeiro (3); São Paulo (12); Mato Grosso do Sul (28). Nas áreas de manutenção, apenas dois focos foram registrados: um em Pernambuco e outro em São Paulo.

A despeito de o programa ter apresentado prioridade no conjunto dos recursos dispendidos pelo Ministério da Saúde no controle de doenças transmissíveis no período 1978/1982, avaliações apontaram a insuficiência de insumos (inseticidas e medicamentos) e de capacitação técnica para ampliar a cobertura, com projeções desfavoráveis para os anos subsequentes. Ademais, a erradicação na área Amazônica é dificultada pelo intenso processo de ocupação.

Febre Amarela

O objetivo geral do programa é manter erradicada a forma urbana da doença e sob controle, a silvestre. Seus objetivos específicos referem-se a:

- erradicar o *aedes aegypti* das áreas onde foi re introduzido, através do ataque ao vetor;
- manter livres do *aedes aegypti* os estados e territórios não reinfestados, com atividades de vigilância epidemiológica específica contra o vetor urbano da doença;
- proteger os habitantes da área endêmica de febre amarela silvestre e as pessoas que para lá se dirigem, através da vacinação anti-amarela;
- diagnosticar casos de febre amarela através da coleta de sangue para isolamento do vírus e testes sorológicos;
- em óbitos suspeitos de pessoas que residiram ou viajaram para a área endêmica e faleceram sem diagnóstico laboratorial firmado, buscar o diagnóstico através de viscerotomia. Esse programa desenvolve as seguintes atividades:
 - combate ao vetor através de inseticida;
 - vigilância nas cidades portuárias;

- vacinação para proteção da população exposta a febre amarela silvestre;

- viscerotomia e outras provas de diagnóstico para orientar estudos epidemiológicos e trabalhos de vacinação.

Resultados

A vacinação antiamarílica é usada desde 1973. É adquirida junto à FIOCRUZ, com intermediação do CEME. No período de 1978 a 1982 foram vacinadas 5.341.932 pessoas em localidades urbanas da área endêmica de febre amarela silvestre e 6.404.613 indivíduos residentes na zona rural, significando uma cobertura de 80%. A vigilância epidemiológica, com o objetivo de detectar precocemente o aedes aegypti, realizou-se nos locais de fácil disseminação. O serviço estende-se pelas 25 unidades da federação e Distrito Federal. A epidemia de febre amarela ocorrida no Mato Grosso do Sul em 1981/1982 conduziu à cobertura vacinal integral de 40 municípios. O controle do dengue ocorreu com a vacinação antiamarílica de 87% da população.

As avaliações indicam desempenho inferior a 60% do programa de 1982, por deficiência de pessoal, falta de recursos para aquisição de inseticidas e larvicidas, insuficiência de material operacional e recursos da população, entre outros.

Esquistossomose

A esquistossomose mansônica é doença que, até a década de 30, limitava-se à Região Nordeste, tendo-se espalhado para outras em decorrência dos grandes fluxos migratórios nordestinos. A área endêmica nacional incorpora uma faixa que se estende do litoral do Rio Grande do Norte ao Recôncavo Baiano. No sul da Bahia, essa faixa afasta-se do litoral, atravessa o Estado e atinge Minas Gerais, penetrando até o Espírito Santo. Outras áreas endêmicas são parte do Estado do Paraná, e focos no Pará, Maranhão, São Paulo, Rio de Janeiro, Ceará e Goiás.

Normas técnicas de combate à doença procedem de 1963, e em 1973 foi estabelecido o Programa Especial de Controle de Esquistossomose, cujos objetivos são: a) na área endêmi-

ca: - reduzir a incidência de formas hepato-esplênicas; -evitar a expansão da endemia através do controle da doença; b) nas áreas de focos isolados: - interromper a transmissão da doença; c) nas áreas de projetos hídricos: - impedir o estabelecimento da doença através de medidas de vigilância.

Nas áreas endêmicas a metodologia de vigilância epidemiológica incorpora diagnóstico da doença por método coproscópico, seguido de tratamento; redução da densidade plamorbíca mediante aplicações de moluscicida químico em criadouros de importância à transmissão da doença; educação em saúde; estímulo e orientação para melhoria das condições sanitárias.

Nas áreas de projetos hídricos as atividades de vigilância se desenvolvem realizando-se coproscopia de todos os indivíduos que têm acesso aos proptos, tratamento dos portadores e estudos malacológicos.

Resultados

Os exames de laboratórios realizados em doentes tratados entre 1970 e 1982 podem ser consultados na Tabela 7. Especificamente em relação a 1982, a meta cumprida, conforme dados da SUCAM (1983), atingiu 70% da meta proposta, com pendência nos seguintes Estados: Bahia (64%), Pernambuco (55%), Paraíba (25%), Rio Grande do Norte (30%).

Quanto à medicação, a partir de 1980 o número está diminuindo, em decorrência da substituição da medicação em massa por tratamento apenas de portadores e seletivo por idade. Estima-se para aquele ano o não-cumprimento de 77% dos tratamentos realizados.

No caso de controle de plamorbídeos, a avaliação da eficácia dos tratamentos com moluscicida não é confiável, embora o objetivo básico seja a redução de densidade da população de caramujos. Há dificuldades operacionais nos trabalhos das Diretorias Regionais, com resultados nem sempre favoráveis. Dos resultados obtidos nos últimos anos, verifica-se a redução da prevalência nas áreas endêmicas. As intervenções nas áreas focais, tendem a ser repassadas para as Secretarias de Saúde dos estados, mantendo-se intervenção direta da SUCAM nas áreas com

grande índice de positividade. Os municípios implementaram medidas de saneamento básico como meio de combater a doença.

Doença de Chagas

A Doença de Chagas é uma zoonose que afeta o homem como resultado de modificações do habitat de certas espécies pela exploração de riquezas naturais, em interação com o surgimento de casas precárias (pau-a-pique), propícias à domiciliação dos vetores. A área chagásica abrange 13 estados, incorporando 23,5% do país.

O combate a essa moléstia foi instituído em 1949. Em 1973, o Ministério da Saúde propôs um plano para sete anos. A partir de 1975, o dimensionamento da doença se fez através de amostra sorológica.

As diretrizes de combate à Doença de Chagas compreendem: profilaxia contra os vetores da doença através de borrificações dos domicílios infectados pelo barbeiro; centralização institucional no combate a nível do Ministério da saúde, através da SUCAM, exceto no Estado de São Paulo, onde o programa está sob a responsabilidade da SUCEM; melhorias habitacionais e projetos de controle de transmissão.

Resultados

Houve descontinuidade na execução do programa, embora a partir de 1975 se tenha procurado regularizar e normalizar sua execução.

Os recursos financeiros, pessoal, material e inseticida são insuficientes e comprometem a cobertura. Em 1982 a cobertura em atividades de pesquisa alcançou 90 a 95%, e as atividades de borrificação atingiram 92,4% e 78,4%, respectivamente no primeiro e no segundo ciclos (SUCAM, 1983). Note-se também que algumas espécies resistiram ao tratamento por inseticidas e que foi deficiente a cobertura na pesquisa de domicílios.

Reorientaram-se os trabalhos no sentido de delegar às secretarias estaduais o programa de controle e de vigi

lância epidemiológica.

Programa de Controle da Tuberculose

O número de casos de tuberculose notificados em 1981 — 86.411 — colocou o país em segundo lugar no mundo. Existe, porém, a nosso favor uma razoável rede de notificações, e o Programa de Controle da Tuberculose pode ser considerado bem sucedido, mantendo uma atuação integrada e horizontalizada.

Sua estrutura básica, definida em 1979, consiste em três níveis de intervenção: a nível nacional, através do Ministério da Saúde, (Divisão Nacional de Pneumologia Sanitária) e do Ministério da Previdência e Assistência Social (INAMPS); a nível regional, através das secretarias de saúde dos estados; e a nível local, através das unidades gerais de saúde, prestadoras de serviços médicos.

Essa estrutura horizontal foi montada para romper a especialização, organizando-se em serviço de rotina nas unidades de saúde e hierarquizando as ações.

A metodologia da programação caracteriza-se por basear-se em informações de cada unidade de saúde envolvida no programa e em dados epidemiológicos regionalizados; dar ênfase às atividades e às coberturas capazes de produzir maior impacto epidemiológico; simplificar a coleta de dados e estabelecer indicadores de maior relevância; usar como unidade programática a unidade de saúde capaz de descobrir os casos de tuberculose através de baciloscopia direta do escarro.

Resultados

Modificando-se o padrão de atendimento especializado para o nível de atenção indiferenciada nas agências de saúde, ampliaram-se o rendimento e a eficácia do tratamento — que assim passou a se realizar em menor tempo. Reduziu-se a hospitalização desnecessária; o número de leitos para tuberculose e as internações, em 1981, sofreram reduções de respectivamente 78,3% e 74,2%, em relação a 1973.

Os índices de cobertura se elevaram de 43,1%, em 1975, para 87% em 1981. A cobertura de vacinação BCG na faixa de 0 - 14 anos, nos anos 1979, 1980 e 1981 também ampliou-se como mostram os índices de 64%, 71,8% e 81% respectivamente.

O número de municípios com unidades integradas ao PCT elevou-se de 405 em 1978 para 2754 em 1981. Finalmente, houve aperfeiçoamento do sistema de informações, tornando-se mais efetiva a notificação de casos.

Nos aspectos em que o controle da doença depende dos serviços de saúde, foi possível a obtenção de bons resultados: diminuição de mortalidade, redução da proporção de doentes crônicos e diminuição da taxa de abandono; porém, no que se refere às condições de vida que ampliam as chances de adoecer, a situação brasileira é ainda bastante grave.

Controle da Hanseníase no Brasil

A hanseníase é doença infecciosa, de evolução crônica, causada pelo bacilo de Hansen. Seu controle associa-se às atividades de diagnóstico e tratamento, e à vigilância epidemiológica, ou seja, observação de todos os conviventes domiciliares dos doentes.

Os serviços de controle - como no caso das demais doenças endêmicas e transmissíveis de caráter coletivo - foram tradicionalmente realizados através de campanhas e programas verticais. Nesse sentido o Ministério da Saúde atuava desde 1959, através da Campanha Nacional contra a Hanseníase; em 1973 foi criada a Divisão Nacional da Lepra e estabelecidas as normas para controle da hanseníase.

Em 1976, porém, foram implantadas novas estratégias de desospitalização, horizontalização do programa, integração institucional e descentralização dos serviços. Criou-se a Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária, com papel normativo sobre as ações de combate e controle da doença. Em 1978, a portaria interministerial de 3 e 27 de outubro estabeleceu diretrizes de atuação conjunta dos Ministérios da Saúde e da Previdência e Assistência Social, em estreita articulação com

as secretarias de saúde das unidades federadas.

A programação prevista nessa portaria prevê medidas preventivas em todos os níveis de prevenção; assistência farmacêutica e social; uniformização de terminologia; acompanhamento e avaliação do programa. Suas linhas de ação incluem capacitação de pessoal e apoio técnico e financeiro às secretarias de saúde, objetivando a extensão da cobertura e melhoria da assistência prestada.

Resultados

A substituição das estruturas verticais e hospitalares do programa por uma estrutura integrada e racionalizada, de acordo com as opiniões de especialistas, teve impacto negativo sobre a redução da capacidade diagnóstica; foi pequena a repercussão sobre os doentes e a expansão sobre a endemia como um todo (Tabela 8); caiu o número de casos notificados no período imediato à rearticulação institucional, exceto no Rio Grande do Sul, que modernizou o sistema de registro.

Embora tenha havido incremento da capacitação do pessoal, através de assessoramento às iniciativas das secretarias estaduais de saúde, o diagnóstico e o controle da endemia mantiveram-se precários mesmo nas áreas metropolitanas, onde a hanseníase tem-se expandido desde 1981 — especialmente em São Paulo, que registrou o maior número de casos, mas há perspectivas de reativação no controle da doença.

Programa Nacional de Imunizações (PNI)

Dentre as prioridades da Saúde Pública, destaca-se o controle das doenças transmissíveis, especialmente as evitáveis por imunizações, como poliomelite, sarampo, difteria, tétano, coqueluche e tuberculose.

Até 1973 não havia programa específico a nível federal que coordenasse todas as ações referentes à imunização. A atuação fazia-se através de campanhas isoladas, com eficiência de algumas, e através da rede básica das secretarias de saúde nas suas rotinas de trabalho. Havia, a nível estadual, diver

sidade nas maneiras de agir em relação às atividades de vacinação.

A partir de 1973 em face do reaparecimento e agravamento do quadro de algumas dessas doenças, o Ministério da Saúde passou a elaborar o Programa Nacional de Imunizações (PNI), que dispõe de dados sobre coberturas de vacinação a partir de 1975: Em menores de um ano (grupo prioritário), essas coberturas duplicaram no período 1975-1979, atingindo cerca de 50% da média do país. A partir de 1980, com o início dos dias nacionais de vacinação contra a poliomelite, atingiram quase 100% em todo o país, considerando-se doença controlada (Tabelas 9 e 10).

No que se refere ao sarampo, houve avanço a partir de 1980, com realização de campanhas e intensificação de aplicação de vacinas em diversas regiões, atingindo em 18 unidades da federação mais de 50% de cobertura dos menores de 1 ano. Em seis unidades foram vacinados mais de 80% da população-alvo. A média nacional foi cerca de 72% (Becker, 1983).

Os resultados são mais modestos no caso das coberturas de menores de um ano para a vacina tríplice: 57% em 1980. As deficiências de informações em 1981 e 1982 — quando as unidades federadas, ao realizarem suas campanhas de vacinação, deixaram de registrar as vacinas aplicadas por doses recebidas — não permitem avaliar a cobertura. Contudo sabe-se que em 1975, início das campanhas nacionais, a cobertura era de apenas 20% (Monteiro, 1983).

Programa de Saúde Materno - Infantil

Esse programa tem por finalidade a redução da morbimortalidade materno-infantil — grupo prioritário por representar 70% da população do país. As atividades a ele referentes são desenvolvidas pelo Ministério da Saúde, através da Secretaria Nacional de Programas Especiais, Fundação Serviços Especiais de Saúde Pública, Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAM) e pelas redes estaduais de saúde, estas últimas responsáveis pela execução das atividades programáticas.

O Programa de Saúde Materno-Infantil abarca: mulheres em idade fértil (15 a 49 anos), especialmente gestantes

e puerperas; crianças de 0 - 15 anos e adolescentes de sexo masculino de 15 a 19 anos. Compreende uma variedade de subprogramas, tais como:

Assistência materna: a) gestação: compreendendo assistência pré-natal e suplementação alimentar, desenvolvida em coordenação com o Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição; b) parto - tendo preferência o hospitalar.

Assistência a criança e ao adolescente: a) controle da saúde das crianças menores de 5 anos, compreendendo estímulo ao aleitamento materno, controle de desenvolvimento e crescimento; suplementação alimentar; saneamento do meio; imunização e assistência odontológica; b) controle de saúde do grupo etário de 5 a 19 anos.

A diversidade de subprogramas dificulta um balanço mais preciso das atividades do PMSI, já que é executada pela rede de saúde das unidades federadas, através das secretarias de saúde, mediante assistência técnica, e com repasse financeiro do Ministério da Saúde aos estados e territórios.

No período 1980-1985, foram estimulados alguns subprogramas referentes às ações integradas de nutrição e promoção de saúde da mulher e da criança (Portaria 344 de 5/2/83, Ministério da Saúde). Dentre eles destacam-se:

- Programa de Nutrição (PNS), criado no final da década de 1970, na linha de suplementação alimentar do PRONAN, cuja execução é diretamente coordenada e financiada pelo INAN, sob orientação da Divisão de Saúde Materno-Infantil (DISAMI) do Ministério da Saúde. Abrange gestantes, nutrizes e crianças com mais de 6 meses e menos de sete anos.

O PNS é executado em todas as unidades federadas do país por intermédio das secretarias de saúde, a quem cabe sua execução, através da rede de saúde e da articulação com outras instituições oficiais. Promove a aquisição de alimentos regionais, apoiando-se no Projeto de Aquisição de Alimentos Básicos em áreas rurais de baixa renda — PROCAB — do INAM, bem como nos estoques reguladores da Comissão de Financiamento de Produção (CFP). Seus esforços dirigem-se prioritariamente às regiões Nordeste, Norte e Centro-Oeste e secundariamente às Re-

giões Sudeste e Sul. São as secretarias de saúde que definem as áreas mais necessitadas, conforme problemas sócio-econômicos e deficiências nutricionais.

Os resultados do programa no período 1980-1983, considerando-se a cobertura, volume da população beneficiária, recursos financeiros e toneladas de alimentos distribuídos, são restritos. (Tabelas 11 e 12)

- Programa de Assistência Nutricional e Psicopedagógica a pré-escolares — dirigido à população pré-escolar, visa a fornecer suplementação alimentar e orientação pedagógica, objetivando melhorar o estado nutricional e propiciar o desenvolvimento cognitivo, psicomotor e sócio-emocional. Está prioritariamente dirigido aos estados nordestinos, proporcionando a cobertura a 23000 pré-escolares em 1984 (Fonte: Ministério da Saúde/INAN. Relatório de Atividades, 1984).

- Assistência Integral à Saúde da Criança — conjunto de ações básicas dirigidas ao grupo infantil de 0-5 anos de idade, visando a reduzir a morbi-mortalidade infantil através de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento; incentivo ao aleitamento materno e orientação alimentar no primeiro ano de vida; controle das infecções respiratórias agudas e das doenças diarreicas e imunização.

Cada uma destas ações constitui-se em programas que objetivam o controle de problemas específicos de saúde do grupo infantil, destacados por sua importância no quadro de mortalidade infantil. Por outro lado, objetivam especificamente ampliar o grau de resolutividade dos serviços básicos de saúde, reduzir o número de internações por complicações específicas, integrar as condutas de cada programa à rotina dos serviços de saúde e capacitar pessoal. Encontram-se, na sua maioria, em etapa de implantação.

- Programa de Combate à hipovitaminose e à anemia nutricional — implantado no último trimestre de 1982 em Goiânia, destina-se a combater anemia nutricional em pré-escolares e realiza-se através de convênio INAN/INAE/CEME.

- Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher — proposto em abril de 1983, objetiva melhorar os níveis de saúde da mulher, mediante promoção, proteção e recuperação

da saúde. Abarca um conjunto de medidas visando a ampliar a cobertura; melhorar a qualidade da assistência ao parto; aumentar índices de aleitamento materno; implantar e/ou ampliar as atividades de identificação e controle do câncer cérvico-uterino e de mama; controlar as doenças sexualmente transmitidas; identificar e controlar patologias sistêmicas prevalentes no grupo; regular a fertilidade e evitar aborto provocado, através da prevenção da gravidez.

Um grupo técnico de Saúde da Mulher foi criado em 1983 pelo Ministério da Saúde, para planejamento e orientação do Programa, propondo sua inserção na assistência primária à saúde da população. Além dos objetivos apontados, visa contribuir para o desenvolvimento institucional do setor e para a reorganização do sistema de prestação de serviços de saúde.

Um balanço das realizações do programa durante o ano de 1984 mostra tentativas de implantação em 9 unidades federadas: Piauí, Ceará, Rio Grande do Norte, Sergipe, Goiás, Distrito Federal, São Paulo, Paraná e Santa Catarina, onde estão sendo desenvolvidas as Ações Integradas de Saúde (AIS). Cumpriu atividades de divulgação, seleção de áreas de implantação, elaboração de normas para operacionalização e criação de um Centro de Referência junto à UNICAMP para treinamento de pessoal e assessoria aos estados.

Além desse conjunto de programas, o Ministério da Saúde dispõe, para assistência médica dirigida à mulher e à criança de unidades hospitalares e ambulatoriais pertinentes.

2.5. Perspectivas da Política de Atenção à Saúde em 1986

Repetimos aqui as observações que pesquisadores da UNICAMP haviam sublinhado em documento de balanço da política de assistência médica previdenciária em 1985, posteriormente incorporadas em documento governamental.²⁰

Uma efetiva mudança na política de atenção à saúde com base na experiência obtida em 1985 só poderá ser feita se forem consideradas e resolvidas duas ordens de questões:

- a primeira, mais geral, envolve a própria definição de uma política global de atenção à saúde, à qual se subordine e integre uma política de atendimento médico, que também precisa ser mais corretamente definida. Isso significa a consideração de aspectos importantes e cruciais a nível da Saúde Pública, da Formação de Recursos Humanos, da Ciência e da Tecnologia gerais e específicas ao setor, etc.;

- a segunda ordem de questões abrange problemas que devem ser solucionados a curto prazo, envolvendo pontos importantes do ordenamento da política de assistência médica previdenciária, tais como: o aprofundamento das transformações nas relações com os prestadores privados; a continuidade do processo de descentralização da operação, controle e avaliação dos serviços de atenção à saúde para os níveis local, regional e estadual; a eliminação dos níveis de ociosidade do Setor Público em seu conjunto; a reativação e/ou estabelecimento dos fundos de gestão financeira a nível federal, estadual e local de governo; o desenvolvimento e aperfeiçoamento das formas de participação e controle público de operação dos serviços; e a equidade do atendimento a nível rural e urbano e a universalização do acesso aos serviços.

No que diz respeito às medidas de curto prazo referidas, é possível indicar caminhos concretos a serem seguidos de forma imediata.

(20) Brasil, MPAS. "A Previdência Social é viável", Brasília, MPAS, 1986, parte 3, pp. 48 a 51.

Relações com o Prestador Privado

- Aprovação do Contrato-Padrão, de modo a institucionalizar as mudanças jurídicas, econômicas e administrativas necessárias para dotar o INAMPS de efetiva capacidade de controle dos prestadores, assegurando aos usuários o acesso aos serviços, mesmo em situações onde os operadores privados estejam descumprindo normas e diretrizes estabelecidas. De outro lado, esse mesmo contrato procura resguardar os direitos daqueles prestadores que operam eficazmente, segundo os objetivos da política de atendimento estabelecida;

- Inserção dos prestadores privados, por via desse mesmo Contrato-Padrão, nas Ações Integradas de Saúde, de forma a viabilizar uma integração efetiva da rede prestadora - obstáculo não superado até o momento;

- Estabelecimento e revisão sistemática de padrões técnicos de atendimento, de operação econômico-financeira, calculados regionalmente, de modo a permitir uma avaliação rigorosa e justa para a compra de serviços.

Tais medidas deveriam ser acompanhadas de estudos sistemáticos sobre as formas de organização e operação econômico-empresariais dos prestadores privados. A ausência de um banco de dados completo sobre as especificidades e dificuldades de operação desses prestadores impossibilita uma relação onde, de forma antecipada, sejam detectados problemas evitando-se prejuízo do usuário e o desperdício de recursos, através de um processo decisório mais ágil e eficaz.

A maior dificuldade para a implantação dessas medidas são as reações e resistências encontradas junto às organizações de representação dos interesses dos prestadores. A experiência de 1985 mostra, entretanto, que as medidas de natureza mais superficial tentando facilitar o entrosamento já foram tomadas, restando pouco espaço para avançar sem a adoção de medidas de maior complexidade como as aqui propostas.

Descentralização da Operação, Controle e Avaliação

É preciso aprofundar e dinamizar o processo de im

plantação das Ações Integradas de Saúde, equacionando corretamente para cada parcela do território nacional a forma de integração mais conveniente. O que deve ser considerado cuidadosamente no futuro próximo é o papel a ser cumprido pelo INAMPS nesse processo. É necessário aperfeiçoar esse papel, colocando o INAMPS como agente indutor e mantenedor de práticas inovadoras e transformadoras, evitando a instalação de uma relação de simples comprador de serviços do Setor Público. Para tanto, duas medidas tornam-se centrais: a consolidação das propostas orçamentárias para toda a rede pública nas esferas local, regional e estadual; e o acompanhamento conjunto da execução orçamentária, de modo a permitir uma efetiva discussão do desempenho da rede pública em seu processo de operação.

Para dar viabilidade a essas medidas, é necessário fortalecer os mecanismos interinstitucionais de integração já existentes, dotando-os de maior representatividade e recursos para operar.

Esse parece ser um caminho fértil para a superação dos já conhecidos entraves burocráticos para a integração, advindos de interesses relativamente próprios e autônomos de diferentes categorias burocráticas e que não podem ser resolvidos pura e simplesmente por decretos de reformulação de estruturas organizacionais.

Eliminação da Ociosidade do Setor Público

É preciso deixar claro que eliminar a ociosidade não significa apenas canalizar maior volume de demandantes para a rede pública. Trata-se, principalmente, de reequipar essa rede com recursos humanos, materiais (equipamentos, instalações e de consumo) e financeiros. Nesse sentido deve ser enfatizada uma política de reforma, ampliação e manutenção de equipamentos e instalações; reciclagem e formação de pessoal de nível médio e superior; estabelecimento de carreiras corretamente estruturadas; e compra, estocagem e distribuição de medicamentos e outros materiais.

O principal obstáculo a enfrentar diz respeito à necessidade de, nesse processo de revalorização da rede públi

ca, restabelecer critérios de competitividade, avaliação e controle de operações. Isso porque as informações disponíveis demonstram, também para o setor público em todos os níveis, desequilíbrios na distribuição dos recursos humanos, equipamentos e instalações.

Fundos de Gestão Financeira

A necessidade de estabelecer ou reativar fundos de gestão financeira dos recursos para a atenção à saúde a nível federal, estadual e local de governo é clara. Tais mecanismos de gestão devem ser efetivados exatamente pelo fato de, através deles, ser possível estabelecer a quantidade de recursos que cada órgão em cada esfera de governo terá que transferir para o Fundo. Evita-se, com isso, uma retração dos recursos estaduais e municipais na manutenção e ampliação de suas redes operadoras, como vem ocorrendo. Ademais, esses mecanismos permitiriam uma programação de recursos de médio e longo prazos. Sua manutenção em termos reais representa a continuidade do fluxo financeiro.

Tais fundos devem evoluir para a concretização de Orçamentos Sociais que definam fontes e usos de recursos e níveis de participação das diferentes esferas de governo. Obter-se-á, também, maior transparência das alocações, permitindo que o Poder Legislativo e os usuários dos serviços exerçam um controle sobre as políticas de desenvolvimento social.

Em relação à definição da política geral de atenção à saúde, dois caminhos parecem nuclear os esforços para a sua explicitação:

- o acompanhamento e o aprendizado das experiências de integração regional, visando encontrar as melhores soluções de montagem de um sistema unificado de atendimento, com maior resolutibilidade a nível primário e com menor ênfase médica-hospitalar;

- a discussão, em foruns adequados, como a próxima Conferência Nacional de Saúde, acerca das reformulações que devem ser efetuadas na Lei do Sistema Nacional de Saúde, em vigor.

3. Anexo Estadístico

TABELA 1

TAXA DE FECUNDIDADE TOTAL NAS REGIÕES BRASILEIRAS

(estimativas)

Regiões	1960-1970	1970-1980
Brasil	5.76	4.35
Sul	5.42	3.63
Sudeste	4.56	3.45
Norte	8.15	6.45
Nordeste	7.53	6.13
Centro-Oeste	6.42	4.51

Fonte: IBGE/DESPO

TABELA 2

EVOLUÇÃO DA MORTALIDADE INFANTIL PARA O BRASIL E
 REGIÕES FISIográficas - BRASIL 1968 - 1980
 (1000 N.V.)

Mortalidade Infantil						
Anos	Brasil	NO	NE	SUDESTE	SUL	CO
1968	87.4	55.3	111.7	85.6	70.1	69.0
1969	91.4	65.5	115.5	86.7	66.3	90.9
1970	92.0	60.0	125.1	83.5	77.1	80.3
1971	98.5	59.8	132.1	91.4	84.5	83.7
1972	91.0	61.5	114.9	87.8	69.6	81.6
1973	103.5	59.5	145.9	97.7	70.7	77.6
1974	93.5	68.8	117.0	93.4	63.7	62.8
1975	102.4	70.5	137.0	101.9	64.4	55.3
1976	99.9	74.6	130.3	94.6	66.2	--
1977	85.2	76.9	99.0	92.5	68.6	85.2
1978	80.9	104.7	125.9	68.4	54.8	60.1
1979	73.9	95.9	114.8	63.4	49.2	51.1
1980	67.8	89.1	107.2	56.9	46.1	45.2

Fonte: Serviço de Análise de Informação da Secretaria do Planejamento da Secretaria Geral do Ministério da Saúde. 1978-1980 TRUAHSA-Recursos Humanos para a área de Saúde no Brasil, São Paulo. 1984.

EVOLUÇÃO DA MORTALIDADE INFANTIL PROPORCIONAL PARA O BRASIL E
REGIÕES FISIográficas DURANTE O DECÊNIO 1968 - 1977

Anos	Regiões					
	Brasil	NO	NE	SE	SUL	CO
1970	27,0	28,0	36,7	22,1	23,6	36,6
1971	27,7	26,3	37,7	23,1	24,5	35,4
1972	26,3	27,4	35,2	22,3	20,9	34,4
1973	28,0	27,8	38,8	23,3	20,6	32,2
1974	28,8	29,6	34,3	26,0	19,6	36,7
1975	31,4	30,5	37,5	28,9	20,4	38,6
1976	30,3	30,0	36,4	27,9	20,2	--
1977	28,3	31,4	31,6	26,9	20,1	28,3
1978	26,1	28,4	33,1	23,1	20,9	23,5
1979	24,5	28,4	31,2	21,9	19,5	20,5
1980	22,8	26,5	30,4	19,8	17,6	18,5
1981	21,9	25,9	28,4	19,5	16,6	18,2

Fonte: Serviço de Análise de Informações da SEPLAN
Anuário Estatístico - FIBGE - 1982

TABELA 4

PRINCIPAIS CAUSAS DE ÓBITOS NA POPULAÇÃO EM GERAL DAS CAPITAIS DAS REGIÕES
DO BRASIL - 1970

Causas	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul *	Centro Oeste
01. Doenças do Aparelho Circulatorio	946 2º	7.558 3º	17.692 1º	3.956 1º	930 2º
02. Neoplasmas	562 4º	2.964 7º	6.764 3º	1.810 2º	423 6º
03. Doenças do Aparelho Respiratório	602 3º	3.905 5º	5.116 4º	1.363 3º	629 5º
04. Causas Externas	542 5º	3.275 6º	5.031 5º	1.188 5º	669 4º
05. Doenças Infecciosas e Parasitárias	1.777 1º	12.095 1º	7.442 2º	1.199 4º	1.880 1º
06. Algumas Afecções no Per. Perinatal	610 9º	4.039 4º	2.939 6º	817 6º	881 3º
07. Doenças das Glândulas Endócrinas					
08. Doenças do Aparelho Digestivo	234 7º	1.317 8º	1.397 7º	292 8º	130 9º
09. Sintomas e Sinais Mal Definidos	432 6º	8.227 2º	1.346 8º	413 7º	350 7º
10. Doenças do Sistema Nervoso	40 8º	481 9º	415 9º	122 9º	133 8º

Fonte: Anuário Estatístico - FIBGE - 1972

* Falta Santa Catarina

PRINCIPAIS CAUSAS DE ÓBITOS NA POPULAÇÃO EM GERAL DAS CAPITAIS
DAS MACRO REGIÕES DO BRASIL - 1980

Causas	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro Oeste
01. Doenças do Aparelho Circulatorio	19,1 2º	22,6 1º	35,4 1º	34,5 1º	19,8 1º
02. Neoplasmas	8,2 6º	7,4 6º	12,2 2º	14,3 2º	8,6 7º
03. Doenças do Aparelho Respiratorio	8,9 5º	9,6 4º	10,7 3º	11,1 3º	10,1 5º
04. Causas Externas	10,6 4º	8,3 5º	10,0 4º	10,3 4º	14,6 2º
05. Doenças Infecciosas e Parasitárias	26,6 1º	20,8 2º	8,1 5º	7,7 5º	13,3 3º
06. Algumas Afeccões no Período Pré-Natal	11,2 3º	7,3 7º	7,1 6º	6,2 6º	10,1 4º
07. Doenças das Glândulas Endócrinas	1,9 10º	4,1 8º	4,8 7º	3,5 8º	3,1 9º
08. Doenças do Aparelho Digestivo	4,0 8º	3,9 9º	4,1 8º	4,7 7º	3,8 8º
09. Sintomas e Sinais Mal Definidos	5,3 7º	10,1 3º	2,0 9º	-	9,8 6º
10. Doenças do Sistema Nervoso	0,7 -	1,9 10º	1,5 10º	1,6 10º	1,9 10º

Fonte: Anuário Estatístico do Brasil - 1982

- Não incluído entre as 10 principais causas de óbito

TABELA 6

CASOS DE ALGUMAS DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS NOTIFICADOS
NO PERÍODO DE 1969 À 1981 - BRASIL

Casos	1969	1970	1971	1972	1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981
Febre Amarela	4	2	11	9	70	13	1	1	9	21	12	27	22
Peste	293	101	146	169	152	290	496	97	1	11	-	107	59
Hanseníase	5618	5470	5950	6411	6831	8199	9300	9647	9539	11993	14375	14515	17133
Tuberculose	39198	36510	35871	36312	45665	46987	53419	51301	54552	57821	65062	70596	86411
Malária	53887	52469	76752	82421	76112	64320	88630	86437	101081	117267	144215	169871	197149
Difteria	4355	6215	4872	5002	5380	3636	4004	4887	5685	5021	4546	4646	3846
Febre Tifóide	3372	3722	3672	4292	3895	3395	3385	3797	5147	3016	3967	4691	3967
Scarpmo	34919	35512	46600	39476	51339	20061	19764	73631	54410	51345	65552	99263	61281
Poliomielite	1171	2391	2400	1565	1620	1191	3596	2455	2370	1709	2564	1290	122
Tétano	2547	2501	1962	2051	2524	1819	1957	3006	3273	3218	2917	3098	2940
Raiva Humana	114	121	112	103	107	129	120	99	141	141	150	168	139
Varicela	7407	1771	19	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Coqueluche	...	...	...	...	...	...	18772	28607	33104	34203	33123	45752	42247
D.meningocócica	...	208	629	1702	5067	31486	9632	2768	2299	2665	2139	1568	1229

(...) Ausência de dados

(-) Ausência de casos

(*) Dados sujeitos a revisão

Fontes: Secretarias de Saúde das Unidades da Federação
 Divisão Nacional de Epidemiologia/SNABS/Ministério da Saúde
 Divisão Nacional de Pneumologia Sanitária/SNPES/Ministério da Saúde
 Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária/SNPES/Ministério da Saúde
 SUCAM/Ministério da Saúde
 Divisão de Epidemiologia da Fundação SESP.

TABELA 7

EXAMES LABORATORIAIS REALIZADOS NA CAMPANHA
CONTRA A ESQUISTOSSOMOSE
BRASIL 1970-1982

UNID. TRAB.	MUNIC. TRAB.	EXAMES REALIZADOS	EXAME POSITIVO	% POSITIVO	DOENTES TRATADOS
1970	331	1.798.558	58.696	3.1	2.600
1971	251	1.663.112	51.408	3.0	2.099
1972	334	1.819.255	56.300	3.0	4.685
1973	294	1.609.335	52.937	3.2	9.804
1974	223	988.798	54.847	5.5	11.824
1975	232	855.921	46.331	5.4	11.580
1976	297	1.018.496	51.718	5.1	8.760
1977	207	443.591	103.409	23.3	291.812
1978	166	626.657	86.111	13.7	955.661
1979	183	663.429	59.905	9.0	1.640.191
1980	235	1.684.619	164.860	9.8	129.670
1981	351	1.840.626	172.242	-	978.358
1982	-*	1.732.907	136.882	-	777.617

*ONTE: VI Conferência de Saúde, 1977.

IBGE. Anuário Estatístico, 1983.

In op/Fundap. Característica da Organização da Atenção Médica no Brasil: 1960-1980. Vol. 2, São Paulo, Jau, 1985; 292.

*) Passa a discriminar nº de localidades, e não mais municípios.

TABELA 8

PREVALÊNCIA E CONTROLE DA HANSENÍASE, SEGUNDO AS REGIÕES DO PAÍS
BRASIL 1982 (em números absolutos)

Pacientes e comunicantes	Regiões	NORTE	NORDESTE	SUDESTE	SUL	CENTRO	BRASIL
Pacientes de hanseníase em registro ativo		40.553	15.315	96.630	27.095	19.107	198.700
Sob controle		27.314	10.800	50.668	23.197	11.130	123.109
§ sob controle		67,36	70,52	52,44	85,61	58,25	61,96
Comunicantes domiciliares em registro*		91.734	11.187	101.911	94.697	10.679	310.198
Sob controle		95.784	7.468	39.405	13.704	6.968	118.329
§ sob controle		49,91	66,76	38,67	19,75	63,25	38,15

FONTE: Radis, Tema 5. 1983.

* de doentes V e D.

TABELA 9

BRASIL: AÇÃO DE CONTROLE DA POLIOMELITE:
 RESULTADOS DA CAMPANHA A NÍVEL NACIONAL
 1980/1982

ANOS	ETAPAS	DATAS	POPULAÇÃO-ALVO	POPULAÇÃO VACINADA	COBERTURA	TOTAL DOSES
1980	1ª	14.6.80	18.060.931	18.122.978	100%	21.759.050
	2ª	16.8.80		18.998.098		22.953.795
1981	1ª	15.8.81	18.525.362	18.561.331	100%	21.911.518
	2ª	24.8.81		18.194.598	98,2	21.523.672
1982	1ª	12.6.82	19.005.483	17.148.140	98,2	19.558.902
	2ª	14.8.82		18.031.037	94,9	20.687.133

FONTE: MS/SNABS/DNE, 1982.

TABELA 10

BRASIL - PERCENTUAIS DE CRIANÇAS MENORES DE 1 ANO VACINADAS (1)

ANOS	V A C I N A S		
	ANTIPÓLIO	DPT	ANTI-SARAMPO
1975	25.4	18.3	22.6
1976	34.1	29.2	29.2
1977	39.4	42.4	41.6
1978	44.5	47.8	42.2
1979	48.6	50.0	48.0
1980	52.4	45.2	55.7
1981	... (2)	55.1	58.5
1982	... (2)	42.6	50.6

FONTES: MS/SNABS/DNE e MS/FSESP.

- (1) Consideram-se como vacinadas as crianças que receberam 2 doses de vacina antipólio, 3 doses de vacina tríplice e 1 dose de vacina anti-sarampo.
- (2) Acima de 90%, tendo em vista as campanhas sucessivas de vacinação.

TABELA 11

PROGRAMA DE NUTRIÇÃO EM SAÚDE - PNS

Cobertura Populacional das Ações de Suplementação Alimentar, segundo as Grandes Regiões - Demonstrativo das Populações-Alvo e Beneficiária

BRASIL - 1980/1983

GRANDES REGIÕES	1 9 8 0			1 9 8 1			1 9 8 2			1 9 8 3		
	POPULAÇÃO			POPULAÇÃO			POPULAÇÃO			POPULAÇÃO		
	ALVO*	BENEFICIÁRIA	% COB.	ALVO*	BENEFIC.	% COB.	ALVO*	BENEFIC.	% COB.	ALVO*	BENEFIC.	% COB.
B R A S I L	19.977.218	2.491.500	12,3	20.577.400	2.540.600	12,2	21.714.871	2.577.180	11,8	22.366.317	4.191.625	18,7
NORTE	866.212	300.200	33,9	909.770	300.200	32,9	959.105	300.200	31,3	987.878	261.527	26,5
NORDESTE	7.250.280	1.504.000	20,7	7.487.750	1.550.500	20,7	7.914.545	1.567.080	19,8	8.151.981	2.899.688	35,6
CENTRO-OESTE	1.246.016	129.500	10,4	1.267.000	132.100	10,4	1.361.856	132.100	9,7	1.402.712	311.365	22,2
SUDESTE	7.220.430	330.800	4,6	7.448.850	330.800	4,4	7.876.190	330.800	4,2	8.112.476	423.620	5,2
SUL	3.374.280	227.000	6,7	3.464.030	227.000	6,5	3.603.175	227.000	6,3	3.711.270	295.425	7,9

* Gestantes, nutrízes e crianças de 7 anos, de famílias cuja renda mensal é igual ou inferior a dois salários mínimos.

FONTE: Secretaria de Planejamento/SG-MS-GT/USSA/PNS-INAN

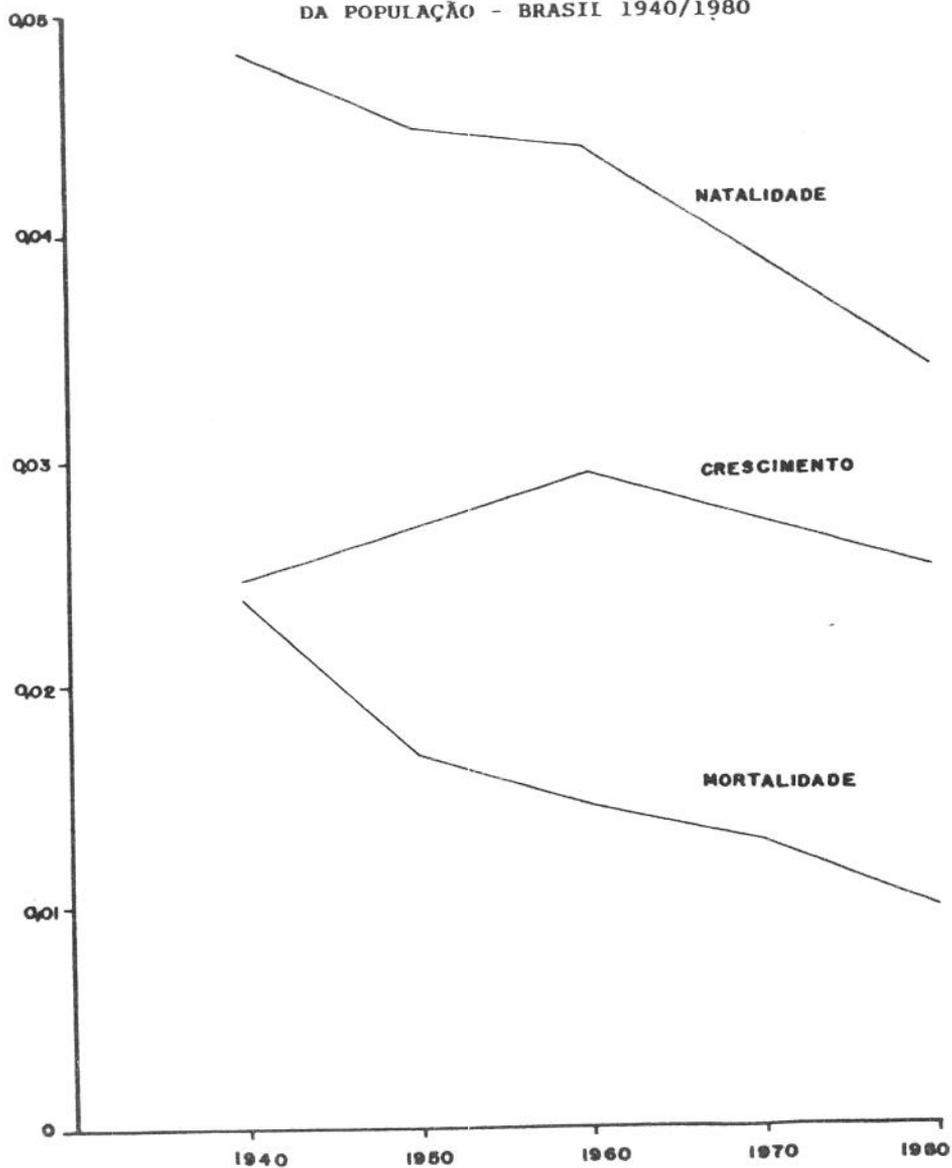
TABELA 12

PROGRAMA DE NUTRIÇÃO EM SAÚDE - PNS

GRANDES REGIÕES	POPULAÇÃO BENEFICIÁRIA				RECURSOS FINANCEIROS (Em Cr\$ 1.000,00)				ALIMENTOS (Em Ton.)			
	1980	1981	1982	1983	1980	1981	1982	1983	1980	1981	1982	1983
Norte	300.200	300.200	300.200	261.527	303.251	601.335	820.747	3.318.198	13.081,4	11.174,1	12.436,8	9.553,0
Nordeste	1.504.000	1.550.500	1.567.080	2.899.688	1.969.751	3.120.168	7.362.933	30.398.717	71.322,6	59.560,5	62.330,6	107.021,0
Centro-Oeste	129.500	132.100	132.100	311.365	116.442	256.667	743.663	5.336.050	5.800,8	5.131,8	5.089,1	12.069,0
Sudeste	330.800	330.800	330.800	423.620	193.417	489.843	1.410.940	3.755.921	10.916,1	10.212,7	13.855,3	16.241,0
Sul	227.000	227.000	227.000	295.425	222.203	371.454	974.203	4.029.618	10.479,0	26.621,7	8.717,5	11.524,0
BRASIL	2.491.500	2.540.600	2.557.180	4.191.625	2.805.059	4.834.467	11.420.216	46.838.504	111.599,9	112.700,8	102.429,4	156.411,0

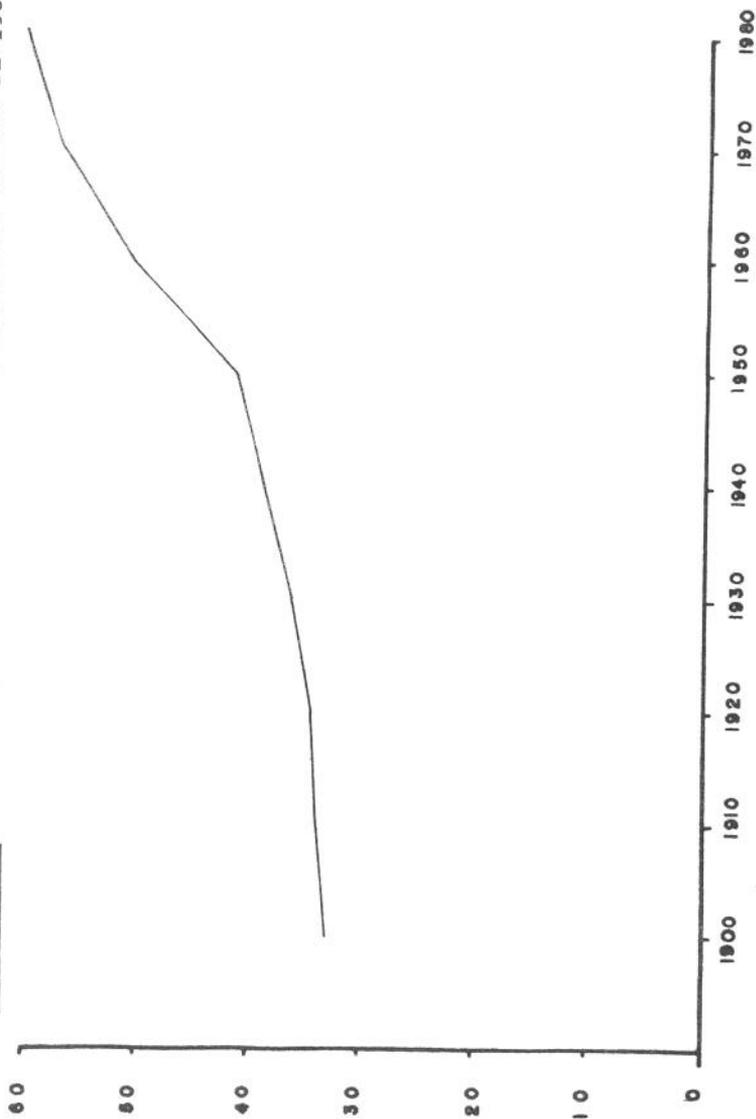
FONTE: Secretaria de Planejamento/SG-MS.

GRÁFICO I - EVOLUÇÃO DAS TAXAS BRUTAS DE NATALIDADE E MORTALIDADE E DA TAXA DE CRESCIMENTO DA POPULAÇÃO - BRASIL 1940/1980



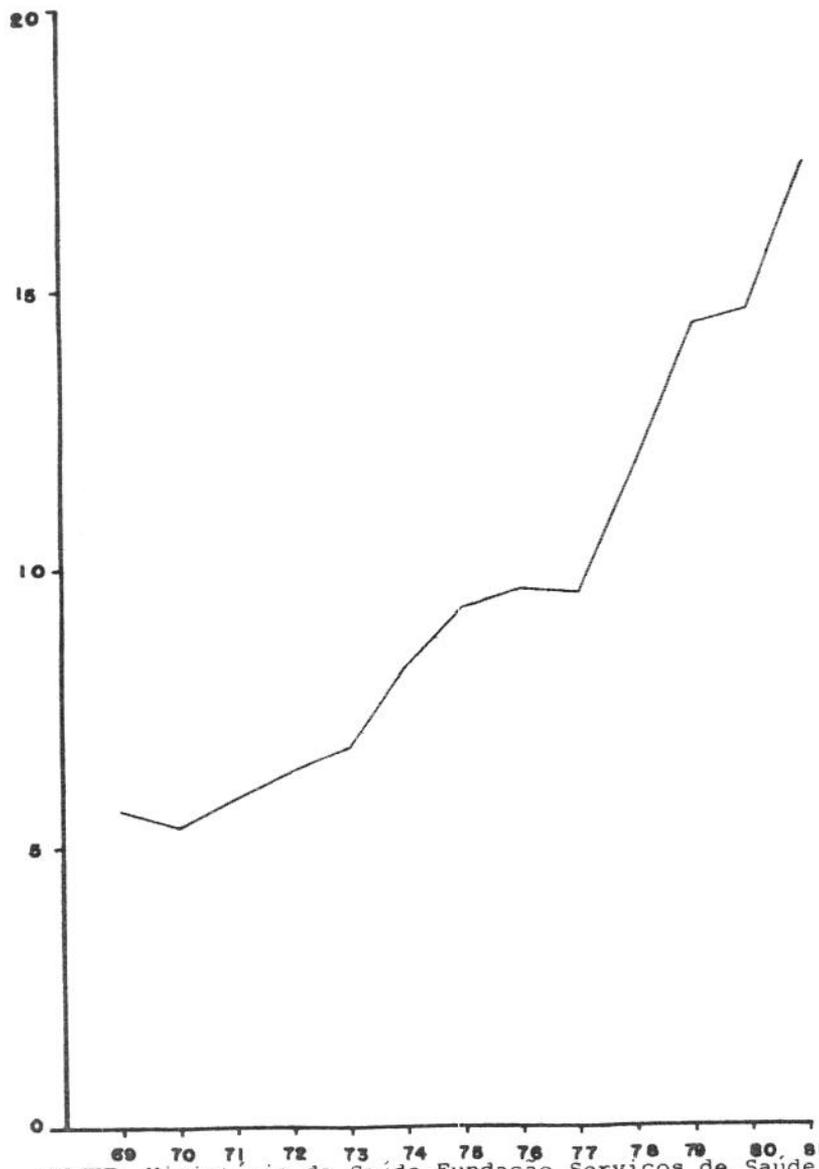
FONTE: Radis, Dados, Rio de Janeiro, nº 21, dezembro 1982.

GRÁFICO 2 - ESPERANÇA DE VIDA AO NASCER NO BRASIL NO PERÍODO DE 1900 A 1980



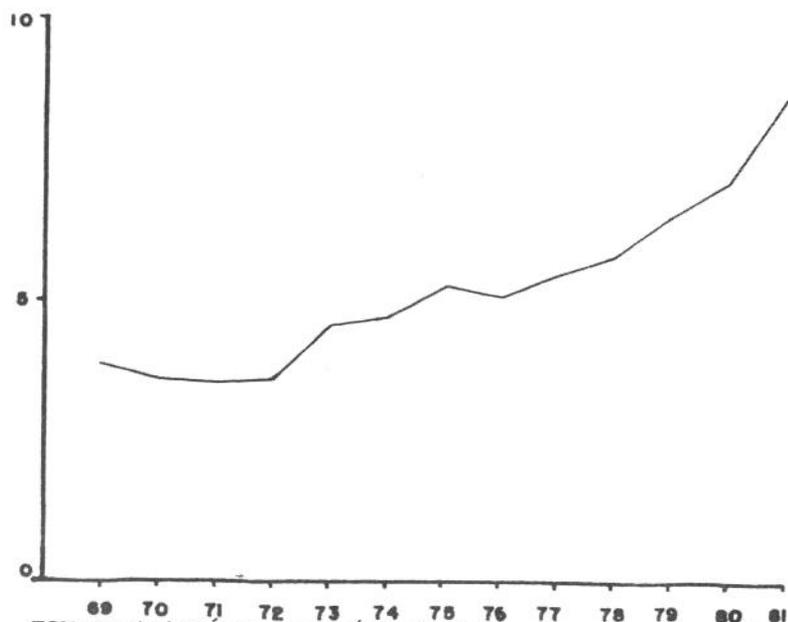
FONTE: 1900/1970-Santos J.L. Ferreira-"Demografia: estimativa e projetos".S.P.,FAU/USP,1978
1980-Projeções a partir de tabulações avançadas do Censo Demográfico-IBGE 1978.

GRÁFICO 3 - CASOS DE HANSENÍASE NOTIFICADOS NO BRASIL
NO PERÍODO DE 1969 A 1981



FONTE: Ministério da Saúde-Fundação Serviços de Saúde pública. Divisão de Epidemiologia. Boletim Epidemiológico Vol.XV nº 7. Semanas 13 e 14:72 - 1983.

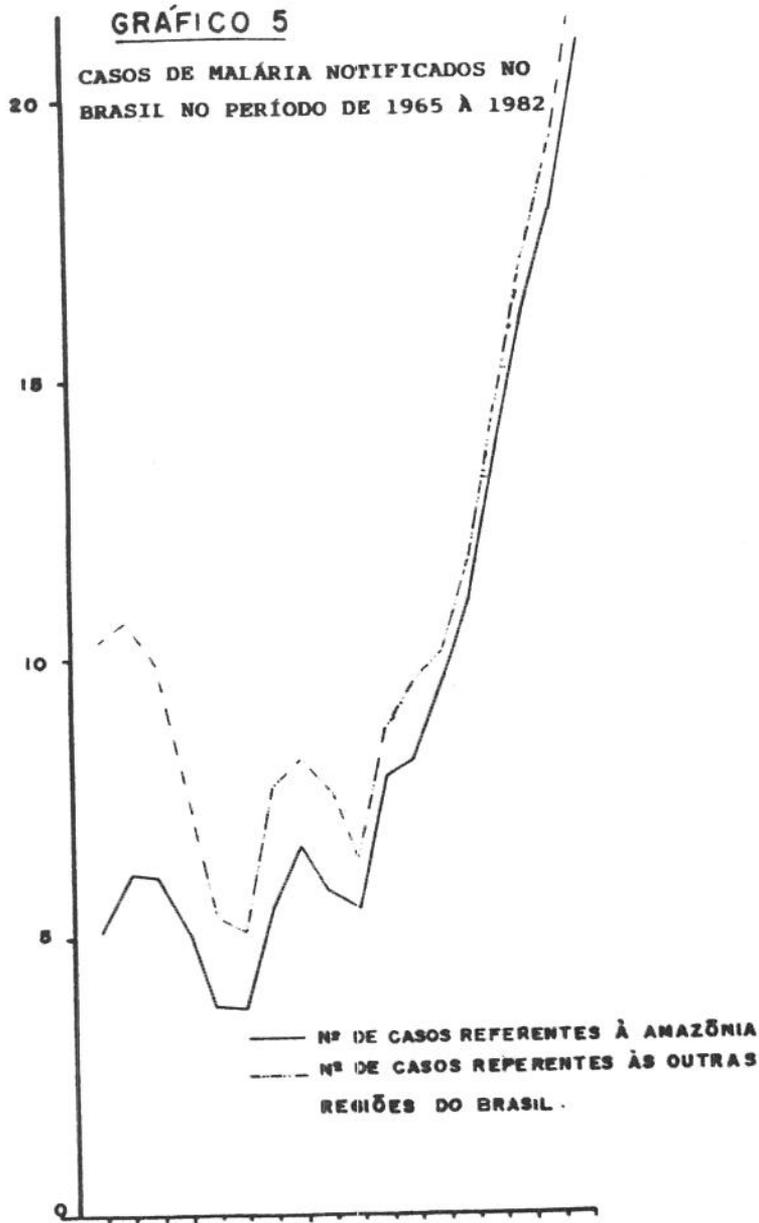
GRÁFICO 4 - CASOS DE TUBERCULOSE NOTIFICADOS NO BRASIL NO PERÍODO DE 1969 À 1981



FORNTE:Ministério da Saúde.Fundação Serviços de Saúde Pública.Divisão de Epidemiologia.Boletim Epidemiológico . Vol.XV nº 7.Semanas 13 e 14:72 - 1983.

GRÁFICO 5

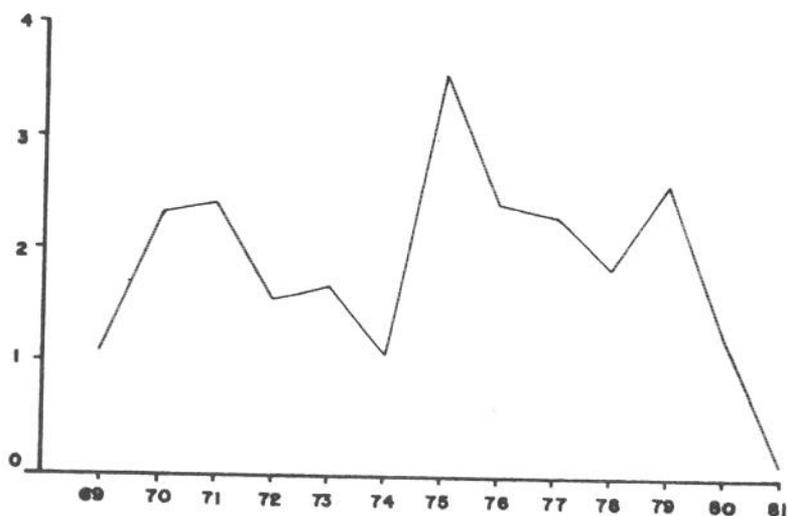
CASOS DE MALÁRIA NOTIFICADOS NO
BRASIL NO PERÍODO DE 1965 À 1982



FONTE: Tauil, Pedro I. Agrava-se o quadro de doença no
Brasil. Ciência Hoje. vol.2 nº 12 maio/junho :
72 - 1983.

GRÁFICO 6

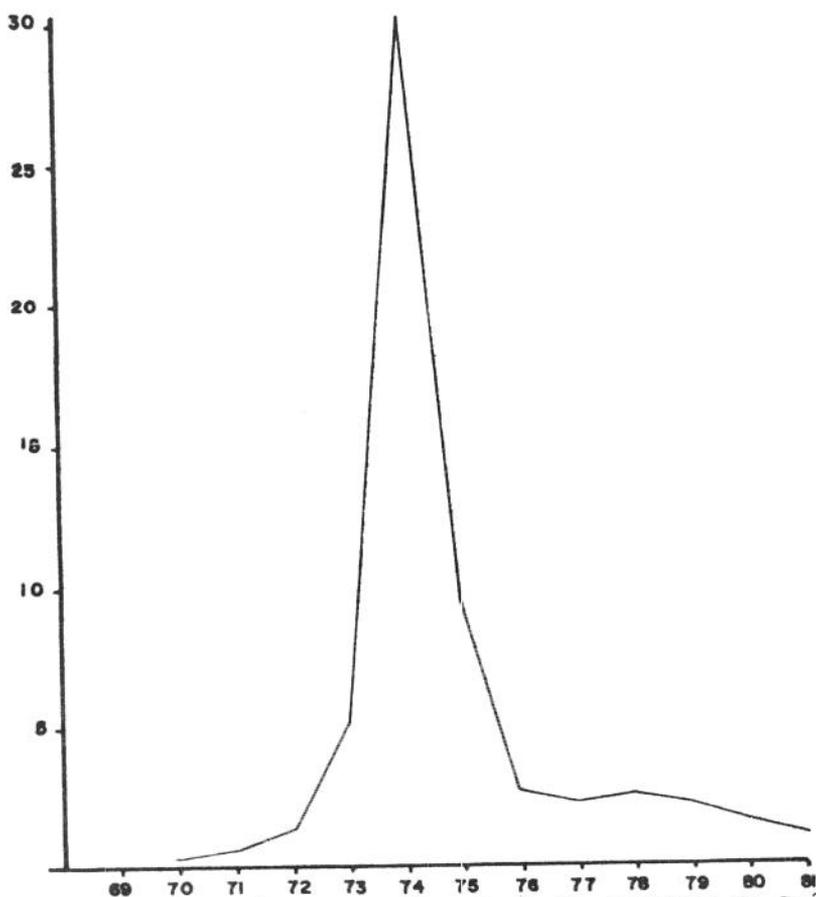
CASOS DE POLIOMELITE NOTIFICADOS NO BRASIL
NO PERÍODO DE 1969 À 1981



FONTE: Ministério da Saúde. Fundação Serviços de Saúde Pública. Divisão de Epidemiologia. Boletim Epidemiológico. Vol. XV nº 7. Semanas 13 e 14: 72 - 1983.

GRÁFICO 7

CASOS DE DOENÇA MENINGOCÓCICA NOTIFICADOS NO BRASIL
NO PERÍODO DE 1969 À 1981



FONTE: Ministério da Saúde. Fundação Serviços de Saúde Pública. Divisão de Epidemiologia. Boletim Epidemiológico. Vol. XV nº 7. Semanas 13 e 14: 72-1983.

CAPÍTULO 4

TRANSPORTES COLETIVOS URBANOS

TRANSPORTES COLETIVOS URBANOS

No período 1964/84, o setor de transporte coletivo urbano no Brasil não contou com uma política nacional ampla, clara, objetiva e portadora de recursos institucionais e financeiros compatíveis com a magnitude dos problemas existentes¹. No entanto, podem-se assinalar nesse perfil básico conteúdos diferenciados em três sub-períodos: 1964/73, 1974/78 e 1979/84.

No primeiro deles, o setor do transporte coletivo urbano, excluído do Sistema Nacional de Viação, não foi contemplado pela esfera federal sequer a nível de discursos. Em termos mais concretos isso significa que, até meados dos anos 70, não teve qualquer participação na estrutura de financiamento da Política Nacional de Transportes. O financiamento de suas ações dependia fundamentalmente de recursos orçamentários dos Governos Estaduais e Municipais - os mais penalizados na estrutura tributária vigente - ou então de empréstimos internos e sobretudo externos. Também não contou com base institucional ou com qualquer planejamento a nível nacional.

(1) Sobre esse ponto, consulte-se FAGNANI, Eduardo. Pobres Viajantes. Estado e Transporte Coletivo Urbano-Brasil/Grande São Paulo 1964/84. Dissertação de Mestrado apresentada ao Departamento de Ciências Sociais do IFCH/UNICAMP, dezembro de 1985.

A política de transportes para as cidades baseava-se então em obras de infra-estrutura viária voltadas preferencialmente à locomoção individual por automóveis, indicando suas relações estreitas com o padrão "automobilístico-rodoviário" dominante no âmbito da Política Nacional de Transportes: predomínio absoluto da rodovia, enquanto infra-estrutura, e do automóvel e do caminhão, enquanto equipamentos, acoplando-se claramente aos requisitos da etapa de industrialização pesada que se inaugurou em meados dos anos 50.

Em face desses condicionantes estruturais de natureza política e econômica assiste-se, no período 1964/73, à completa estagnação e deterioração dos serviços de transporte coletivo urbano no Brasil; em 1975, por exemplo, os trens de subúrbios da Grande São Paulo transportaram volume de passageiros inferior ao do início dos anos 60.

No período seguinte - mais exatamente, em 1975 -, pela primeira vez no pós-64, o Governo Federal se posicionou em relação ao setor: estabeleceu-se o Sistema Nacional de Transportes Urbanos (SNTU); autorizou-se a criação da Empresa Brasileira de Transportes Urbanos (EBTU), cujas finalidades precípuas eram promover a implantação da Política Nacional de Transportes Urbanos e encaminhar soluções para a grave questão institucional existente no setor; instituiu-se o Fundo de Desenvolvimento do Transporte Urbano (FDTU).

A partir de 1975, portanto, ampliaram-se efetivamente os graus de centralidade política do setor, em relação à completa marginalização a que se vira relegado até então. Prova disso é que, além das transformações institucionais enunciadas, houve também um aumento da importância dos transportes coletivos no âmbito da política geral dos transportes.

Vários fatores contribuíram para o incremento dessa centralidade. Cabe lembrar, inicialmente, que a partir de 1974 foi maior a adequação do setor à estratégia de desenvolvimento consubstanciada no II PND, a qual se tentou implementar durante o Governo Geisel, sobretudo em função da utilização do setor enquanto instrumento de transformação da matriz energética. Dessa forma, assiste-se já a partir de 1974 - e sobretudo em 1979, com o segundo choque do petróleo - ao atrelamento

e à subordinação dos transportes urbanos à viabilização das metas no setor de energia.

Em segundo lugar, deve-se considerar o contexto da estratégia de desenvolvimento social inaugurada no Governo Geisel, quando, em consonância com o projeto de abertura lenta e gradual do processo político, as coalizões dominantes perceberam o agravamento da problemática social e do insucesso das ações governamentais nesse campo. Rompia-se, ao menos no plano retórico, com a concepção de que o desenvolvimento social era resultado "espontâneo" e "inevitável" do crescimento econômico, explicitando-se oficialmente que, ao contrário, a política social deveria ter "objetivos próprios".

Mencione-se também que na década dos 70 já havia maior consciência da importância e gravidade da questão urbana na estratégia nacional de desenvolvimento. O rápido processo de urbanização da sociedade brasileira, com os desequilíbrios e disfunções decorrentes e a identificação das cidades como focos de tensão política e inquietação popular - potencialmente desestabilizadora da ordem vigente - sem dúvida contribuíram para isso.

A irrupção, em meados de 1974, do movimento social de protesto contra os trens de subúrbio no Rio e em São Paulo também interferiu na mudança do comportamento do poder central em relação ao setor; a frequência e a violência das manifestações de revolta popular acabaram por efetivamente forçar e apressar essa tomada de posição.

Assim, em alguma medida, devido a esse conjunto de fatores, no período 1974/78 se ampliaram, de fato, os graus de centralidade política dos transportes coletivos urbanos, na estratégia da dominação das coalizões dominantes a nível do poder central. Contudo isso não significou que esse setor passasse a ocupar posições prioritárias na agenda do Governo Federal, contando com base política, institucional e financeira compatível com a magnitude de seus problemas.

No aspecto institucional, foi modesto o suporte político dispensado pelo Governo Federal à consolidação de um marco adequado para o setor. Evidencia-se desde o início a debilidade política e institucional da EBTU: criada para ser o

órgão central do SNTU, não teve poder efetivo, reconhecido e suficiente para fazer cumprir suas atribuições e não contou com base financeira e instrumentos jurídicos adequados para promover a implantação da política nacional de transportes urbanos.

Um segundo limite da política federal desenvolvida no setor decorre do anterior e diz respeito ao fato de que a tônica das ações governamentais foram soluções de baixo custo voltadas à otimização da infra-estrutura viária; visava-se racionalizar a operação do sistema de ônibus, sem preocupação simultânea com o planejamento dos transportes a longo prazo, que envolveria investimentos em modalidades de grande capacidade, como o metrô e os trens de subúrbios.

No terceiro momento, que se inicia em 1979 e prossegue até 1984, houve inegável reforço da centralidade política dos transportes urbanos, com ampliação do espaço e da importância relativa do setor no âmbito da Política Nacional dos Transportes.

Em alguma medida, esse processo se relaciona, por um lado, com o contexto de liberalização do regime autoritário, que teve prosseguimento no governo Figueiredo, e por outro, com a continuidade do movimento popular de protesto contra os trens de subúrbio. No entanto pode-se afirmar que aquele decorreu fundamentalmente da ampliação dos graus de adequação do setor aos objetivos estratégicos da política econômica: sua utilização enquanto instrumento da transformação da matriz energética - dado o segundo choque do petróleo - e das políticas monetária e cambial do Governo, num contexto de recrudescimento da conjuntura recessiva, administrada por política econômica de cunho ortodoxo e contencionista.

Essa forma particular de articulação do setor de transportes à política econômica acabou conduzindo ao próprio esgotamento do perfil da intervenção governamental vigente.

Assistiu-se, em primeiro lugar, à centralização excessiva do controle do processo decisório no âmbito de instâncias burocráticas responsáveis pela condução das políticas energética e monetária do Governo. Esfacelou-se então embrionário processo de planejamento da ação governamental em

âmbito nacional (que tímida e insatisfatoriamente vinha sendo gestado desde 1976) e marginalizaram-se os demais níveis de Governo e da sociedade civil, em sentido amplo, dos processos decisórios de hierarquização dos problemas prioritários, de formulação e implementação das políticas públicas.

Em segundo lugar, esgotou-se o padrão de financiamento da política nacional de transportes urbanos, colocando-se sérios limites ao futuro desenvolvimento da ação estatal neste campo. Pela política monetária do Governo, visando à normalização do orçamento global, foram intensificados os processos de transferência de recursos fiscais vinculados a órgãos e programas setoriais para o Tesouro Nacional, sob o controle direto da SEPLAN. Desmontada a antiga estrutura de recursos fiscais vinculados, esvaziou-se a capacidade de financiamento autônomo do setor de transportes, em geral, e coletivo urbano, em particular.

Por outro lado, a partir de 1979 intensificou-se o uso das empresas estatais enquanto instrumentos de política econômica na área cambial, pela necessidade de se assegurarem fluxos de divisas que minimizassem o estrangulamento das contas externas. A medida acentuou o endividamento dessas empresas e contribuiu para limitar ainda mais a restrita possibilidade de expansão dos gastos de investimento, haja vista a enorme pressão do serviço da dívida sobre os escassos recursos disponíveis.

Este movimento, válido em geral para o conjunto do setor público, atingiu particularmente o setor de transporte coletivo urbano. A participação dos empréstimos externos na composição das receitas globais da EBTU elevou-se de 4,4% em 1979 para 60,5% em 1984 (Anexo 2). Conseqüentemente a participação do serviço da dívida no dispêndio global da empresa elevou-se de 0,5% para 25,8% no mesmo período (Anexo 3).

Processo semelhante ocorreu com o financiamento dos programas de trens de subúrbio desenvolvidos pela RFFSA/CBTU nas regiões metropolitanas de Fortaleza, Belo Horizonte, Porto Alegre e Recife - considerados prioritários no âmbito da política federal de transportes urbanos no período 1979/84. Na composição das fontes de financiamento desses programas, acen-

tuou-se a participação de recursos externos: de 3% em 1981, passou a 68% em 1983 e 87% em 1984 (Anexo 5).

Este padrão de financiamento tem, obviamente, implicações decisivas sobre o futuro imediato da ação estatal nos transportes urbanos, dada a crescente pressão dos encargos financeiros com o pagamento da dívida, que afeta gravemente as possibilidades de investimentos a curto prazo.

Verifica-se, assim, que um conjunto amplo de necessidades e carências básicas de locomoção urbana persistiu e até se agravou ao longo do período 1964/84. No início dos anos 80, o quadro das condições de transporte coletivo apresentava-se em geral bastante insatisfatório.

Acredita-se que, na atual etapa de transição democrática, o reordenamento da ação governamental nos transportes coletivos urbanos - tendo-se em vista torná-la mais solidária aos objetivos de obtenção de equidade social - requer necessariamente a revisão do padrão de financiamento dessa política e a instituição de um marco institucional adequado para o setor.

Estes pontos foram contemplados na "Proposta Setorial para o Plano Nacional de Desenvolvimento - PND - 1985/88", formulado pelo Ministério dos Transportes no início de 1985 - mas não houve indícios de avanços significativos ao longo desse ano.

A novidade da Política Nacional de Transportes Urbanos no primeiro ano da Nova República foi a instituição de um subsídio direto ao usuário do transporte coletivo - o vale-transporte.

1. Indicadores do Quadro dos Transportes Coletivos Urbanos

Uma das características do perfil de intervenção governamental em transporte coletivo urbano no Brasil no período 1964/84 diz respeito aos reduzidos graus de efetividade da ação estatal, tanto pela omissão das coalizões governantes como pela morosidade e timidez de grande parte das políticas implementadas para o setor. Diante disso, um conjunto de neces-

sidades e carências primárias de locomoção urbana se agravaram ao longo do período, afetando amplos segmentos populacionais - especialmente os de menor poder aquisitivo, residentes nas áreas periféricas das metrópoles e, portanto, mais dependentes desse serviço.

A partir de 1974, um conjunto de fatores - dentre os quais incluem-se os movimentos sociais de protesto contra a má qualidade dos serviços prestados por trens de subúrbio - contribuiu para forçar o Estado, nos seus vários segmentos e níveis de governo, a se posicionar de modo mais enfático, implantando, a partir de 75, ações de impacto.

Com isso, as ações de governo produziram impactos relativamente mais satisfatórios - embora insuficiente -, com nítida inflexão na oferta de serviços, em termos quantitativos. As principais distorções do padrão dos serviços de transportes urbanos presentes no período 1964/1984 permanecem inalteradas em 1985. Para examiná-las, dada a insuficiência de informações agregadas de âmbito nacional, optou-se por reconstituir a evolução recente do quadro de transportes coletivos na Região Metropolitana de São Paulo, na medida em que nela se realiza cerca de 40% do atendimento à demanda total brasileira por esses serviços. Quando disponíveis, dados globais sobre o país foram incorporados à análise.

1.1. Transportes Coletivos no Brasil e na Grande São Paulo : Comparações Internacionais

O padrão "automobilístico-rodoviário" vigente na política nacional de transportes no Brasil desde meados da década dos 50 - refreado, mas não revertido nos anos 70 - e o reduzido alcance da política federal de transportes urbanos que vem sendo implementada desde 1975 imprimiram aos sistemas de transportes das metrópoles brasileiras algumas características que acarretam problemas para o sistema como um todo.

Tomando-se o exemplo brasileiro para comparação com outras metrópoles do mundo, destacam-se duas características básicas referentes à distribuição modal das viagens: elevada participação do transporte individual (automóveis, motos,

bicicletas, etc.) no volume total de viagens e reduzida participação do transporte de massa de grande capacidade, como metrô e trens de subúrbio, na composição modal das viagens por transporte coletivo.

Ao longo dos últimos anos - em especial a partir de meados dos anos 70 - tem havido esforço governamental visando melhorar a eficiência do sistema; em São Paulo, verificam-se a decisão de implantação do metrô, certa revitalização das redes de subúrbio e um conjunto de alterações paulatinas na forma de controle do poder público sobre as empresas privadas de ônibus. Entretanto, as alterações qualitativas têm sido, em geral, bastante limitadas.

A concentração populacional nas cidades e, conseqüentemente, a expansão das áreas urbanas - fenômenos internacionais que hoje atingem principalmente os países do terceiro mundo - elevam os custos dos transportes e, por isso mesmo, impõem soluções de maior envergadura, isto é, sistemas de alta capacidade, como os que se vêem nas metrópoles européias e norte-americanas e, em menor escala, até em metrópoles do mundo subdesenvolvido.

No Brasil, a disputa pelo espaço urbano entre ônibus e automóveis, com vantagens nítidas para o segundo, conduz ao congestionamento, ao desperdício de combustíveis, à deterioração da qualidade e eficiência do sistema e, sobretudo, à elevação de seus custos operacionais.

Em 1980, o transporte individual no Brasil era responsável por 34% do total de viagens realizadas nas nove regiões metropolitanas, enquanto o coletivo respondia pelos 66% restantes, dos quais 62% eram supridos por ônibus e apenas 4% por sistemas de transporte de massa (Tabela 1).

TABELA 1

REGIÕES METROPOLITANAS - REPARTIÇÃO MODAL

DAS VIAGENS DE PESSOAS

- 1980 -

REGIÃO METROPOLITANA	VIAGENS DE PESSOAS POR MODO (%)			
	Ônibus	Trem + Metrô	Autos + Outros	Todos os Modos
Regiões Metropolitanas do Rio de Janeiro e São Paulo	59,1 (66,2)	6,3 (97,4)	34,6 (70,4)	100,0 (69,0)
Demais Regiões Metropolitanas	67,1 (33,8)	0,4 (2,6)	32,5 (29,6)	100,0 (31,0)
T O T A L	61,6 (100,0)	4,4 (100,0)	34,0 (100,0)	100,0 (100,0)

FONTES: Ministério dos Transportes.

Empresa Brasileira dos Transportes Urbanos - EBTU.

Segundo os dados do Anexo 6, na Região Metropolitana de São Paulo, em 1977, as viagens por transporte individual correspondiam a quase 40% do total. O restante da demanda era suprida pelo ônibus (54,2%), metrô (3,5%) e trem de subúrbio (3,2%); naquele ano, a FEPASA e a RFFSA, que operam 245 km de linhas de trens subúrbio na região, apresentaram performance inferior à dos táxis/lotação.

Também sobressai da análise dos dados do Anexo 6 que de 1967 a 1977 a oferta de viagens por transporte coletivo na Grande São Paulo cresceu em ritmo inferior à do transporte individual: o número de viagens diárias efetivamente atendido pelo sistema de transportes coletivos passou de 4,7 milhões para 9,6 milhões, registrando-se um incremento de 105%, enquanto as viagens diárias realizadas por transporte individual elevaram-se 130%, tendo passado de 2,7 milhões, em 1967, para 6,2 milhões, em 1977. Em decorrência, a participação relativa do transporte coletivo no total de viagens efetivamente realizadas passou de 63,5% para 60,8%, no período.

Destaque-se que em Londres 79% das viagens nos horários de "rush" são efetuadas por transporte coletivo, cabendo 21% aos meios individuais - automóveis: 18%; motos, bicicletas: 3%². Essa disparidade entre dados internacionais, do Brasil e de São Paulo torna-se mais gritante se consideradas a capacidade de cada população em arcar com os custos dos transportes individuais e a composição modal dos transportes coletivos urbanos - no Brasil, a oferta de seus serviços é suprida preponderantemente por ônibus.

Em janeiro de 1984, o transporte por ônibus no conjunto das Regiões Metropolitanas e Capitais do País era ofertado por 667 empresas operando 4785 linhas, com uma frota superior a 42 mil veículos. Em média eram transportados 26,7 milhões de passageiros por dia (Anexo 7).

As nove regiões metropolitanas respondem, em conjunto, por 87% do total de passageiros transportados, cabendo os 13% restantes às demais 17 capitais. Ressalte-se ainda a importância que as Regiões Metropolitanas de São Paulo e Rio de Janeiro detêm no quadro geral do transporte por ônibus no Brasil, respondendo, reunidas, por 55% dos passageiros transportados (Anexo 7).

A preponderância do sistema de ônibus no Brasil e em São Paulo é inequívoca. Em 1980, sua participação no volume total de usuários do sistema de transporte coletivo no conjunto das regiões metropolitanas do país correspondiam a cerca de 93%. O restante da demanda era atendido pelos sistemas metropolitano e de trens de subúrbio (cálculo estimado a partir da Tabela 1).

Em São Paulo, conforme os dados do Anexo 9, do início dos anos 50 até meados dos anos 70 a participação dos ônibus foi superior ou esteve próxima de 90%, declinando somente a partir de 1975, com o início da operação do metrô e a modernização dos trens de subúrbio. Mesmo assim, observe-se que em 1985 o ônibus era responsável por 73,2% da oferta de viagens por transporte coletivo, ficando o metrô com 15,5% e os trens

(2) Fonte: Relatório da LRT - London Regional Transport. - 1985, pág. 4.

de subúrbio com 11.3%.

A experiência internacional tem demonstrado que o transporte coletivo em metrópoles do porte de São Paulo deve basear-se fundamentalmente em alternativas de grande capacidade - metrô e ferrovias - auxiliadas por sistemas de ônibus. Em 1977 ³ cerca de 65 municípios ou regiões metropolitanas contavam com sistemas de metrô, sendo alguns deles bastante antigos, como o de Londres (1863), Paris (1900) e Nova Iorque (1868).

Em geral esses municípios contam com redes bastante extensas que, somadas às linhas férreas dos subúrbios, formam o eixo básico do sistema de transportes urbanos.

Com base em dados da LRT - London Regional Transport -, estima-se que em Londres o metrô e as ferrovias respondam por cerca de 88% das viagens por transporte coletivo nas horas de "rush", enquanto os ônibus efetuam os 12% restantes. Em outras cidades, como Paris, Nova Iorque, Moscou e Tóquio, o peso dos transportes de baixa capacidade é igualmente reduzido (Tabela 2).

A condição de metrópole de país do terceiro mundo e a implantação recente do metrô paulista tornam essas comparações um tanto exigentes. Contudo, em algumas cidades que implantaram recentemente redes de metrô, como Milão (1964) e Washington (1976), em pouco tempo esses módulos alcançaram altos níveis de participação.

Outros exemplos podem ser buscados na América Latina. Em Buenos Aires, a reduzida extensão da rede de metrô (que é a mais antiga da AL) é compensada por seis redes de trens de subúrbio que ligam a capital federal aos municípios circunvizinhos.

O metrô da Cidade do México, inaugurado em 1969, apenas cinco anos antes do metrô paulista, vem se ampliando rapidamente: em 1979 transportava 660 milhões de passageiros por ano (cerca de 30% do total de viagens realizadas por transporte coletivo); até o ano passado, esse número já havia dobrado,

(3) UITP - Handbook of Urban Transport, 1979.

TABELA 2

TÓQUIO - PARIS - NEW YORK
DISTRIBUIÇÃO MODAL DAS VIAGENS POR TRANSPORTES COLETIVOS

T I P O	TÓQUIO (1979)		PARIS (1984)		NOVA IORQUE (1979)	
	MILHÕES DE PASSAGEIROS/ANO	§	MILHÕES DE PASSAGEIROS/ANO	§	MILHÕES DE PASSAGEIROS/ANO	§
Metrô	1.828,3	19,2	1.177,0	52,7	1.072,6	55,3
Subúrbio	7.227,0	76,1	278,0	12,4	128,0	6,6
Ônibus	447,5	4,7	779,0	34,9	737,5	38,1
T O T A L	9.502,8	100,0	2.234,0	100,0	1.938,1	100,0

NOTA: Tóquio e Nova Iorque - Cálculos feitos a partir de dados retirados de UITP - Handbook of Urban Transport - 1979. PARIS - Relatório anual, 1984, da R.A.T.P - Régie Autonome des Transports Parisiens.

elevando o número de passageiros transportados por ano para 20,7% do total, incluindo os transportes individuais. ⁴

Enquanto São Paulo possui duas linhas com 25 km, o metrô mexicano possui sete, com 104,8 km de extensão, e com apoio financeiro do Governo Federal e empréstimos externos, pretende-se ampliar a rede em 43% até 1988, com o objetivo de transformar o metrô no eixo básico dos transportes da região metropolitana. ⁵

Outros critérios também demonstram o peso relativo dos sistemas de metrô, conforme se verifica no Anexo 11, que contém uma lista dos principais sistemas de metrô do mundo.

Tomando-se a relação habitantes (do Município) por km de linha de metrô, São Paulo e Rio de Janeiro apresentam os índices mais altos e, portanto, as situações mais precárias: 424,7 mil e 998,7 mil habitantes por km de linha, respectivamente. Esses índices chegam a níveis bem mais favoráveis e, portanto, mais baixos, nas grandes cidades européias (incluindo o leste europeu), norte-americanas e mesmo latino-americanas: Estocolmo (6,2 mil), Paris (12,1 mil), New York (19,0 mil), Moscou (44,5 mil), Cidade do México (198,5 mil).

Esse critério, porém, apresenta alguns problemas: por exemplo, São Paulo, apesar de ter um índice menos favorável de habitantes por km de linhas que Santiago do Chile, transporta anualmente 3,7 vezes mais passageiros, tendo um pouco mais do que o dobro da população de Santiago. Impõe-se, portanto considerar a relação passageiros transportados por km de linha (Tabela 3).

A situação privilegiada de São Paulo na Tabela a seguir, nos dá um parâmetro da eficiência do metrô paulistano: um projeto moderno, de alta capacidade de transporte, com linhas que cruzam algumas das regiões de maior demanda e com tarifas acessíveis - já que seu valor é igual ao das passagens de ônibus. Por outro lado, indica a pequena extensão da rede com relação à demanda potencial.

(4) Dados de 1979 - UITP - Handbook of Urban Transport. 1979; Dados de 1984 - Relatório anual, 1984 do STC - Sistema de Transport Coletivo, Cidade do México, 1984.

(5) International Railway Journal, Agosto, 1985.

TABELA 3

METRÔS - COMPARAÇÕES INTERNACIONAIS

CIDADES	PASSAGEIROS TRANSPORTADOS POR KM DE LINHA
São Paulo	14,6
Cidade do México	13,3
Moscou	13,1
Rio de Janeiro	6,8
Buenos Aires	6,5
Paris	5,9
Santiago ^(*)	4,4
Nova Iorque	2,7
Londres	1,3

FONTE: Metrô - Relatório da Administração 1984.

(*) Santiago: Dirección General de Metro - 1984.

Dada a experiência internacional, sem dúvida o transporte urbano no Brasil, por sua inadequação estrutural, requer transformações, com aumento da participação relativa dos transportes coletivos em relação aos individuais e privilégio, dentre as formas coletivas, daquelas de alta capacidade de transporte, como metrô e trem de subúrbio.

1.2. Condições de Transporte por Ônibus

O ônibus possui preponderância absoluta no atendimento à demanda por transporte coletivo no Brasil e em São Paulo, contudo, seu serviço é bastante insatisfatório, tanto pela excessiva lotação dos veículos em horas de "rush" quanto, por exemplo, pelas reduzidas velocidades comerciais nas horas de pico e as esperas demoradas em filas.

Embora constatado cotidianamente, esse quadro é de difícil mensuração analítica, em virtude da escassez de avaliações técnicas e científicas.

Um dos raros estudos sobre a qualidade do serviço de ônibus no Município de São Paulo foi realizado pela Companhia de Engenharia de Tráfego (CET) no biênio 1983/84⁶, revelando dados impressionantes sobre o excesso de lotação dos veículos na hora de pico.

Para medir a lotação dos ônibus adotou-se como parâmetro, segundo Freitas⁷, o volume de passageiros em pé por m² de área disponível, estabelecendo-se uma seqüência de "Níveis de Serviço" correspondentes a valores máximos de número de passageiros em pé por m²:

(6) Ver a respeito SMT/CET. Transporte Coletivo por Ônibus. Coletânea de Estudos, São Paulo, dezembro de 1985. Consulte-se, especialmente, COSTA, Fernando P. e, SILVA, Tania O. S. Pinto. Pesquisa Domiciliar sobre Qualidade do Serviço de Ônibus na Visão do Usuário, pp. 57/70.

(7) FREITAS, Ion. "Comentários sobre o problema do transporte coletivo por ônibus em São Paulo", in Cadernos Fundap, São Paulo, março/abril de 1986.

NÍVEL DE SERVIÇO	PASSAGEIROS EM PÉ M ²	PASSAGEIROS NO ÔNIBUS EM PÉ (*)	TOTAL
A	0,00	0	38
B	0,75	4	42
C	2,64	14	52
D	4,53	24	62
E	6,23	33	71
F	8,11	43	81
F1	10,00	53	91
F2	11,70	62	100
F3	13,58	72	110
F4	15,28	81	119

(*) Para um ônibus médio com capacidade para 38 passageiros sentados e área disponível de 5,3 m² para passageiros em pé.

O levantamento realizado pela CET no segundo semestre de 1983, abrangendo todas as linhas de ônibus operadas por empresas particulares e considerando a média das linhas no horário de pico, resultou no seguinte quadro:

NÍVEL DE SERVIÇO	NÚMERO DE EMPRESAS	FROTA	%
C	1	105	1,7
D	6	1.136	17,9
E	8	1.080	17,0
F	8	1.443	22,8
F1	11	2.238	35,3
F2	2	336	5,3
TOTAL	36	6.338	100,0

Nota-se que a maior parte da frota do Município (63%) operava, em média, nos níveis F, F1 e F2, ou seja, em níveis variando entre oito e doze pessoas em pé por m², com lotação de 80 a 100 passageiros, "não sendo incomum chegar-se a 120 passageiros, ou seja, de 8 a 15 passageiros em pé por m²".

1.3. Condições de Transporte por Trens Suburbanos

No período 1960/75, a ferrovia de subúrbio esteve completamente marginalizada na agenda governamental, havendo deterioração e estagnação da oferta de serviços; na Grande São Paulo, em 1975, os trens de subúrbio transportavam praticamente o mesmo volume de passageiros do início dos anos 60 (Anexo 8).

Essa estagnação, aliada ao acelerado processo de crescimento demográfico na metrópole nas últimas décadas, sugere a existência de uma forte demanda reprimida nos subúrbios. No caso da RFFSA, por exemplo, a insuficiência da oferta de serviços foi constatada por um estudo governamental realizado no final dos anos 70 nos seguintes termos: "Na Central do Brasil circulam, na hora do pico, partindo de Roosevelt (18h - 19h), nove trens com uma capacidade teórica média de 2.220 lugares, ou seja, 20.000 usuários por hora, adotando-se o índice considerável de 7,2 passageiros em pé/m². Ora, a demanda total de transportes atinge 34.500 passageiros durante a hora de pico, dos quais 21.500 são realmente transportados, enquanto 13.000 constituem a demanda reprimida. A insuficiência de lugares oferecidos atinge, portanto, 38%".⁸

A eclosão do movimento de massas contra os trens de subúrbio paulistas e cariocas em meados dos anos 70⁹ desencadeou um considerável esforço governamental no sentido de modernizar os sistemas ferroviários de subúrbio das principais áreas metropolitanas do País, a partir de 1975. Em São Paulo, após quase duas décadas de estagnação, os investimentos efetuados nos sistemas da FEPASA e da RFFSA/CBTU entre 1975 e 85 provocaram significativa elevação na oferta de serviços; nesse período o volume de passageiros transportados por subúrbios passou de 127 milhões para 301 milhões (Anexo 8).

(8) MT/RFFSA. Plano Diretor de Remodelação e Modernização do Sistema Ferroviário de Subúrbios da Grande São Paulo. Consórcio Engevix-Sofrerail-Sofrêtu, volume 1, síntese, São Paulo, agosto de 1977, pp. 15-16.

(9) Consulte-se MOISÉS, José A. e MARTINEZ-ALIER, V. A revolta dos subúrbios ou "Patrão, o trem atrasou", in Contradições Urbanas e Movimentos Sociais, Rio de Janeiro, CEDEC/Paz e Terra, 1977; NUNES, Edison. "Inventário dos quebra-quebras nos trens e ônibus de São Paulo e Rio de Janeiro - 1977/81", in Cidade, Povo e Poder. RJ, Paz e Terra/CEDEC, 1982.

Mesmo assim, comparando-se o crescimento do número de viagens por trens de subúrbio no período 1960/85 ao crescimento demográfico da Grande São Paulo, vê-se que o incremento na oferta de serviços foi insuficiente em relação ao acréscimo populacional ocorrido nas últimas décadas, considerando-se, sobretudo, que os subdistritos e distritos do Município de São Paulo e os Municípios da Grande São Paulo situados na área de influência da ferrovia foram os que apresentaram as taxas geométricas de crescimento demográfico mais elevadas no período.

Em termos qualitativos, foram reflexo da demanda reprimida a superlotação e o desconforto nas viagens, sobretudo nas horas de pico, bem como a ocorrência de atrasos, interrupções de tráfego e acidentes.

Estudos governamentais realizados em 1977 salientavam que a regularidade dos trens no sistema RFFSA era bastante insatisfatória: "cerca da metade dos trens obedece ao horário previsto; 15% a 20% dos trens são suprimidos ou têm atrasos superiores a 15 minutos tanto na Central do Brasil (20%) como na Santos-Jundiaí (15%). Daí resultarem, freqüentemente, sobrecargas consideráveis com elevado nível de desconforto" ¹⁰. No período 1978/82, essa situação persistia, como atestam os dados do Anexo 12 onde se destacam os percentuais elevados de viagens com atraso de 11 a 60 minutos, sobretudo no trecho Roosevelt-Moji.

Quanto às ocorrências de interrupção de tráfego naquele sistema (Anexo 13), foram em número de 339, em 1978, e elevaram-se para 791 em 1980, declinando a 252 em 1983. Suas principais causas são defeitos nas trações, na rede aérea e no sistema de sinalização.

Acidentes e desastres ocorrem com freqüência no sistema ferroviário da RFFSA. No Anexo 14 pode-se notar que entre 1978 e 83 sua média gira em torno de duas por dia. Em 1983 foi particularmente elevado o número de acidentes pessoais com ferimentos (256 ocorrências), queda de trem com ferimento

(10) MT/RFFSA. Plano Diretor de Remodelação e Modernização do Sistema Ferroviário de Subúrbio da Grande São Paulo, op. cit., p. 16.

(127), atropelamentos com morte (104) atropelamento com ferimento (82), colisão de veículos (60). Esses dados relativos a Interrupções de Tráfego e Acidentes e Desastres, são referentes ao conjunto de áreas sob jurisdição da Superintendência Regional de São Paulo e incluem tanto o transporte de carga quanto o transporte de passageiros de longa distância e de subúrbios. Não se obtiveram essas informações desagregadas para cada tipo de modalidade de transportes. Há indícios, no entanto, de que a maior parte dessas ocorrências tenha se dado no sistema de trens de subúrbio da Grande São Paulo. Há também ausência de integração física, operacional e tarifária entre as duas companhias que operam os 269 quilômetros do sistema na Grande São Paulo, o que resulta na incomunicabilidade dos fluxos de transportes do setor oeste para os demais setores da metrópole. ¹¹

Cabe destacar, finalmente, que a revolta popular contra os trens de subúrbio paulista e carioca, constante no período 1974/84, é um dos fatores mais indicativos das precárias condições da prestação desse serviço. ¹²

1.4. Tempo de Viagem

A Pesquisa Origem e Destino de Passageiros da Grande São Paulo ¹³ realizada em 1977 pela EMLASA, em convênio com outros órgãos governamentais, subdividiu, por razões metodológicas, a área metropolitana de São Paulo em 35 macrozonas (constituídas por agrupamentos de distritos, subdistritos e municípios) e avaliou, entre outros aspectos, o tempo médio de deslocamento diário dispendido no percurso residência-trabalho-residência por pessoas com rendimento mensal na faixa de 0-5 salários mínimos.

Constatou-se que, de modo geral, era elevado o tempo andando a pé dispendido nesses deslocamentos - para se evitar o pagamento de tarifa adicional, ou devido à insuficiência do transporte coletivo, ou ainda, porque os locais de

(11) Vide FAGNANI, Eduardo, op. cit.

(12) Vide MOISÉS, J. A. e MARTINEZ-ALIER, V. op. cit.; NUNES, Edison, op. cit.

(13) Ver a respeito SILVA, Ana Amélia. 1977. Espaço e força de trabalho na Grande São Paulo, EMLASA. São Paulo, 1979.

trabalho situavam-se na mesma macrozona dos locais de residência. Na maior parte das macrozonas esse tipo de percurso consumia diariamente de 15 minutos a uma hora em média; em outras 10 macrozonas, que representam cerca de um terço da amostra, constataram-se deslocamentos a pé com duração de uma a duas horas.

Observou-se também que o tempo médio de deslocamento diário (tempo andando a pé mais tempo de viagem) era aceituado, como evidenciam os dados da Tabela 4 comentados a seguir

- para as pessoas que se utilizavam somente de ônibus, observa-se que em todas as macrozonas os deslocamentos eram superiores a 1h30m, sendo que em 19 macrozonas (ou seja, em 54% da área de pesquisa) o tempo médio situava-se entre duas e três horas, e em sete macrozonas ele era superior a três horas,

- a duração das viagens era mais elevada para as pessoas que se utilizavam somente de trilhos (trens de subúrbio e metrô). Constatou-se que em 21 das 27 macrozonas onde ocorriam deslocamentos desse tipo (ou seja, em 77% das macrozonas) o tempo médio diário e o tempo andando a pé eram superiores a três horas;

- as condições de viagem eram ainda mais críticas para aqueles que se utilizavam de trilhos e de ônibus nos deslocamentos diários. Verificou-se que nas 29 macrozonas onde ocorriam deslocamentos desse tipo, a duração das viagens era superior a duas horas, sendo que em 26 macrozonas (ou seja, 89%) dispndia-se de três a cinco horas. Constatou-se, ademais, que em uma macrozona o tempo médio de deslocamento diário era superior a cinco horas,

- finalmente, para os usuários que utilizavam predominantemente automóvel, motocicletas e bicicletas, a situação era relativamente mais satisfatória, na maior parte das macrozonas o tempo médio diário era inferior a uma hora e trinta minutos.

TABELA 4

REGIÃO METROPOLITANA DE SÃO PAULO - ÁREA DE PESQUISA

TEMPO MÉDIO GASTO EM VIAGENS E TEMPO ANDANDO A PÉ, PELAS PESSOAS COM RENDA DE 0 A 5 SALÁRIOS MÍNIMOS, QUE SÓ TRABALHAM, SEGUNDO LOCAL DE RESIDÊNCIA (MACROZONAS) E MODO DE TRANSPORTE

1977

TEMPO MÉDIO GASTO EM VIAGENS RESIDÊNCIA-TRABALHO-RESIDÊNCIA	MODO DE TRANSPORTE			
	ÔNIBUS	TRILHOS	ÔNIBUS E TRILHOS	OUTROS (1)
	NÚMERO DE MACROZONAS			
Até 1 hora	-	-	-	4
De 1 hora a 1h e 30m	1	-	-	16
De 1h e 30m a 2h	8	2	-	10
De 2h a 3h	19	4	5	4
De 3h a 4h	7	12	13	1
De 4h a 5h	-	9	10	-
Mais de 5h	-	-	1	-
TOTAL DE MACROZONAS	35	27	29	35

FONTE: Pesquisa Origem-Destino - 1977 - Extraída das Tabelas XIX, XX, XXI, XXII de Ana Amélia Silva - 1977 - Espaço e Força de Trabalho na Grande São Paulo, EMLASA, São Paulo, 1979.

(1) Inclui, preponderantemente, automóvel, bicicleta e moto.

1.5. Oferta de Transportes Coletivos e Crescimento Demográfico

No período 1960/85, a população da Grande São Paulo evoluiu de 4,8 milhões para 15,1 milhões - registrando-se, portanto, um incremento de 221% -, enquanto o volume total de viagens anuais por transporte coletivo cresceu apenas 98% (cálculo baseado no Anexo 10). À exceção do metrô, os demais módulos apresentaram desempenho insatisfatório: a oferta de viagens por ônibus cresceu apenas 81%, enquanto as por trens de subúrbio tiveram um incremento de 184% (cálculo baseado no Anexo 10).

Os dados analisados são eloqüentes quanto à baixa efetividade das ações de governo nesse setor, sobretudo até meados dos anos 70. Veja-se que em 1975 o volume total de viagens

anuais realizadas por transporte coletivo foi apenas um quarto superior ao registrado em 1960; a CMTC transportou, em termos absolutos, menos da metade dos passageiros transportados uma dé cada e meia antes, e a RFFSA, apenas 9% acima daquele volume.

As ações de governo implementadas no setor a partir de meados dos anos 70 - após quase duas décadas de estagnação - produziram impactos sensíveis sobre a oferta de serviços. Mesmo assim, no início dos anos 80 ela estava muito aquém das necessidades impostas pelo processo de urbanização.

2. A Emergência do Subsídio

Dentre as repercussões da conjuntura recessiva do período 1979/84 sobre o setor de transporte coletivo urbano, uma das mais nefastas foi a elevação do custo do transporte a níveis insustentáveis no orçamento das famílias de baixa renda, presumivelmente com reduções nos graus de mobilidade do trabalhador urbano.

Esse fato emerge por força de duas tendências antagônicas simultâneas: elevação dos valores dos insumos que com põem os custos das empresas de ônibus (principalmente o combustível), pressionando as tarifas; e a perda real do poder aquisiti vivo dos salários. Nesse sentido, são eloquentes os dados referentes às Regiões Metropolitanas e Distrito Federal no período de janeiro de 1979 a novembro de 1984 - conforme se verifica na Tabela 5.

Em geral, o preço dos insumos - sobretudo do óleo diesel - teve acréscimos superiores àqueles experimentados pelas tarifas e pelo salário mínimo. Excetuando-se Curitiba, nas demais Regiões Metropolitanas e no Distrito Federal a evolução do salário mínimo esteve abaixo da evolução das tarifas, entre janeiro de 1979 e novembro de 1984; o valor dessas últimas evoluiu para um mínimo de 116 vezes seu valor inicial, em Recife, e um máximo de 167 vezes, no Distrito Federal, enquanto o salário mínimo cresceu 107 vezes.

TABELA 5

REGIÕES METROPOLITANAS E DISTRITO FEDERAL
TARIFAS, INSUMOS E SALÁRIO MÍNIMO - EVOLUÇÃO NO
PERÍODO JANEIRO/79 - NOVEMBRO/84

ITEM	VALOR/PREÇO (Cr\$)		RELAÇÃO ENTRE NOVEMBRO/84 E JANEIRO/79	TAXA ANUAL DE CRESCIMENTO %
	JANEIRO/79	NOVEMBRO/84		
1. Tarifas Médias				
Belém	2,55	358,00	140,39	128
Fortaleza	2,40	317,25 ¹	132,19	126
Recife	3,10	360,00	116,13	121
Salvador	2,67	340,00 ¹	127,34	124
Belo Horizonte	2,46	390,00	158,54	133
São Paulo	3,00	400,00 ¹	133,33	126
Curitiba	2,40	250,00 ¹	104,17	117
Porto Alegre	3,71	442,96	119,40	122
Distrito Federal	3,96	663,79	167,62	135
2. Insumos				
Óleo Diesel	4,60	950,00	206,52	143
Veículo	652.226,00	101.797.268,00	156,08	132
Pneu	3.863,00	608.351,00	157,48	133
3. Salário Mínimo	1.560,00 ²	166.560,00	106,77	118

FONTE: Ministério dos Transportes.

1 - Tarifas vigentes no município capital.

2 - Na época, o maior salário mínimo regional vigente.

O Anexo 15 dispõe dos dados referentes à evolução do Índice Geral de Preços (IGP), do salário mínimo e das tarifas de ônibus, metrô e trem de subúrbio vigentes no Município de São Paulo entre 1979 e 85.

O Anexo 16, derivado do anterior, apresenta a evolução desses valores até 1985, tendo-se 1979 como ano-base. Sua análise evidencia que, por um lado, o salário mínimo sofreu perdas mais consideráveis e que, por outro, a tarifa de ônibus, em bora tenha evoluído em níveis inferiores ao IGP, foi em geral reajustada em patamares superiores aos do salário. Em termos efetivos, entre 1979/85 o IGP cresceu 218,2 vezes, o salário mínimo, 150,4 vezes, e a tarifa de ônibus, 185,4 vezes.

Em 1979 a tarifa cobrada pelo metrô era cerca de 35% superior à dos ônibus, sofrendo desde então reajustes inferiores aos dela, até se equipararem, em 1982. A partir daí, têm sofrido majorações equivalentes (Anexo 15). Nesse sentido, o fato de termos considerado 1979 como ano-base para efeitos de comparações (no Anexo 16) é que faz que a evolução da tarifa do metrô até 1985 se apresente inferior à do salário mínimo e da própria tarifa de ônibus.

Somente a tarifa do trem de subúrbio evoluiu em níveis inferiores aos do salário mínimo e aos dos demais módulos: em valores absolutos, tem correspondido a apenas um terço daquela cobrada pelo metrô e o ônibus (Anexo 15). É importante salientar que o transporte de subúrbio, há algum tempo vem sendo subsidiado pelas companhias ferroviárias, que cumprem assim importante função social (Anexo 15).

Essas observações podem ser comprovadas pela análise dos dados do Anexo 17 - que mostra a variação percentual anual dos valores apresentados no Anexo 15 - e pela Tabela 6, em que outros indicadores atestam a perda do poder aquisitivo dos salários em relação à tarifa do transporte coletivo no Município de São Paulo no período recente.

Em primeiro lugar, nota-se que o valor monetário do salário mínimo recebido em 1965 era suficiente para a aquisição de 688 bilhetes de ônibus, reduzindo-se essa quantidade a 509 em 1979 e a apenas 413 em 1985.

TABELA 6

MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
SALÁRIO MÍNIMO E TARIFAS DE ÔNIBUS
1976/85

ANOS	SALÁRIO MÍNIMO NOMINAL (1) (EM CR\$ CORRENTES)	TARIFA DE ÔNIBUS (1) (EM CR\$ CORRENTES)	GASTOS MENSAIS COM TRANSPORTE COLETIVO/ SALÁRIO MÍNIMO (EM %)		NÚMERO DE BILHETES COMPRADOS COM UM SALÁRIO MÍNIMO
			(2)	(3)	
1965	62,00	0,09	7,2	14,4	688
1970	176,80	0,31	8,8	17,6	570
1975	480,80	0,92	9,6	19,2	522
1979	2.141,30	4,20	9,8	19,6	509
1980	4.017,20	8,75	10,9	21,8	459
1981	8.149,80	19,08	11,7	23,4	427
1982	16.208,00	34,50	10,6	21,3	470
1983	34.764,00	82,25	11,8	23,7	422
1984	95.388,00	227,10	11,9	23,8	420
1985	322.080,00	778,90	12,1	24,8	413

FONTE: Conjuntura Econômica IBGE/FGV.

CMTC

METRÔ

FEPASA

Notas: (1) Média Anual Ponderada.

(2) Gastos Mensais 50 tarifas/mês.

(3) Gastos Mensais 100 tarifas/mês.

Em segundo lugar, enquanto o gasto mensal com transporte coletivo no Município de São Paulo para os usuários que se utilizavam do ônibus e tomavam duas conduções diárias (ida/volta = 50 tarifas mensais) representava 7,2% do valor do salário mínimo em 1964, passou a representar 9,8% em 1979 e atingiu 12,1% em 1985. Para os usuários de quatro conduções diárias (100 tarifas), a participação do gasto do transporte em relação ao salário mínimo chegava a 24,8% em 1985. De acordo com levantamentos realizados pela Companhia de Engenharia de Tráfego (CET) a respeito da qualidade do serviço de ônibus no Município de São Paulo no biênio 1983/84, cerca de 67,6% dos usuários se utilizam de duas conduções diárias, 28,2% de quatro e 4,2% de seis ou mais. ¹⁴

A Tabela 7, relativa ao Município de São Paulo, no período 1980/84, dispondo da evolução do Índice de Preços ao Consumidor da Classe de Renda Familiar de 2 a 6 salários mínimos por item de despesa, confirma o comportamento ascendente das tarifas do transporte e indica que seu ritmo de crescimento foi o mais acelerado.

Essa desproporção entre o comportamento das tarifas e dos salários tem contribuído para configurar que o peso dos gastos com transportes coletivos no orçamento familiar tende a crescer. Segundo a Pesquisa de Orçamentos Familiares realizada pela Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas (FIPE), nos períodos 1971/72 e 1981/82 a participação dos transportes nos gastos familiares passou de 4,19% para 7,65% nos grupos de renda de 0-2 salários mínimos, de 6,4% para 11,5% nas famílias com renda entre 2-6 salários e de 10,0% para 18,5% nos extratos com renda familiar entre 6-12 salários (Tabela 8).

Isso se confirma na referida pesquisa realizada pela CET no biênio 1983/84 com usuários do sistema de ônibus do Município de São Paulo: 47,3% dos entrevistados dispndiam de 5,7% a 11,5% do salário mínimo em gastos com transporte coletivo; 39,9% dispndiam de 11,5% a 23,0%; e, finalmente, para

(14) Consulte-se COSTA, Fernando P. da S., PINTO, Tania, O.S. "Pesquisa Domiciliar sobre Qualidade do Serviço de Ônibus na Visão do Usuário".in SMT/CET Transporte Coletivo por Ônibus. Coletânea de Estudos, São Paulo, dezembro de 1985, pp. 57/69.

TABELA 7

MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

ÍNDICES DE PREÇOS AO CONSUMIDOR DA CLASSE DE RENDA
FAMILIAR MODAL, POR ITEM DE DESPESA (1)

ANOS	TOTAL	ALIMENTAÇÃO	HABITAÇÃO	DESPESAS PESSOAIS	VESTUÁRIO	TRANSPORTES	SAÚDE	EDUCAÇÃO
1980	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
1981	195,7	192,6	185,4	208,3	190,9	218,2	211,1	218,1
1982	371,0	354,9	351,5	424,3	372,4	406,3	396,8	460,0
1983	873,9	954,2	717,0	940,0	705,0	971,9	925,9	978,0
1984	2.379,8	2.703,6	1.829,1	2.518,5	2.028,6	2.709,8	2.366,4	2.347,2

FONTE: FIPE in São Paulo e Conjuntura/F. Seade, nº 11, novembro/85.

Nota: (1) Renda Mensal de 2 a 6 Salários Mínimos.

TABELA 8

DEZ ANOS NA VIDA DO PAULISTANO
COMPARAÇÃO ENTRE OS GASTOS FAMILIARES EM 1971/72 E 1981/82

GRUPOS E SUBGRUPOS	DE 0 A 2 S.M.		DE 2 A 6 S.M.		DE 6 A 12 S.M.	
	1971/72	1981/82	1971/72	1981/82	1971/72	1981/82
1. Alimentação Geral	53.94	48.48	43.54	40.99	36.94	33.42
1.A. Alimentação no Domicílio	52.55	44.99	40.26	36.22	33.38	26.29
1.B. Alimentação Fora do Domicílio	1.39	3.49	3.28	4.76	3.56	7.14
2. Habitação	23.53	18.33	22.69	20.07	22.45	17.77
3. Despesas Pessoais	10.39	18.78	13.56	16.75	14.39	16.49
4. Vestuário	1.68	2.83	6.4	4.88	6.27	5.55
5. Transportes	4.19	7.65	6.4	11.51	10	18.55
6. Saúde	5	3.16	5.32	3.87	5.84	4.94
7. Educação	1.28	0.76	2.09	1.93	4.11	3.28

FONTE: FIPE - Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas - Pesquisa de Orçamentos Familiares de 71/72 e 81/82.

OBS: Os percentuais originais têm quatro casas decimais, ao passo que os apresentados nesta tabela foram arredondados, o que explica, eventualmente, um total superior a 100.

11,4% dos entrevistados esses gastos variavam entre 23,0% e 34,5%. Essas informações dizem respeito a uma amostra cuja renda domiciliar apresentou a seguinte composição: 22,1% com renda familiar de até três salários mínimos; 20,7% com renda variando de 3 a 5 salários mínimos; 26,1% na faixa de 5 a 8 salários; e, finalmente, 27,6% com renda familiar superior a oito salários. ¹⁵

3. Vale-Transporte: Antecedentes, Processo Decisório e Avaliação

O debate acerca dos subsídios aos transportes urbanos no Brasil, que vem se desenvolvendo desde meados da década de 70, foi impulsionado no início dos anos 80 em função das tendências avaliadas há pouco. Nesse período ganhou força a opção pelo subsídio direto aos usuários, que se concretizou na forma do Vale-Transporte aprovado pela Lei 7.418, de 16 de dezembro de 1985.

Foram discutidas inúmeras sugestões do meio técnico, "encampadas" retoricamente, em alguns momentos, por governadores e prefeitos. Em 1977, por exemplo, o então governador Paulo Egydio Martins propôs o "passe-trabalhador", que previa redução de 50% do preço das tarifas para os trabalhadores que recebessem até três salários mínimos. ¹⁶ Proposta semelhante foi apresentada em 1981 pela CMTC-SP, propagandeada com o nome de "tarifa-operária" pelo prefeito Reynaldo de Barros. ¹⁷ Em 1984, durante a gestão Mário Covas, enviaram-se sugestões semelhantes ao governo federal. ¹⁸

Algumas experiências foram postas em prática em Campinas e Rio Claro, que adotaram sistemas semelhantes ao Vale-Transporte a nível local. ¹⁹

(15) FREITAS, Ion. Comentários sobre o Problema do Transporte Coletivo por Ônibus em São Paulo, op. cit.

(16) Ver o Estado de São Paulo de 2/9/77.

(17) Ver Folha de São Paulo de 25/9/81.

(18) Ver Folha de São Paulo de 8/4/85.

(19) Ver Folha de São Paulo de 8/4/85.

Havia no meio técnico um relativo consenso quanto à necessidade de se subsidiar o sistema de transportes urbanos. No entanto os estudos produzidos e as propostas aventadas expressam alguma disparidade de opinião quanto à forma mais adequada desse subsídio. 20

As sugestões englobam subsídios diretos ou indiretos aos usuários ou às empresas de transportes, além de outras medidas que extrapolam a questão - tais como a racionalização dos sistemas de ônibus, trens e metrô, o planejamento urbano, etc. - mas que poderiam supostamente contribuir para a redução dos custos do transporte urbano, portanto com efeitos benéficos sobre as tarifas e sobre a própria qualidade do serviço prestado.

A nível governamental, deve-se destacar um estudo elaborado pela EBTU em conjunto com o GEIPOT, no início dos anos 80, no qual se recomendava a adoção de subsídios diretos aos usuários com o intuito de evitar a má distribuição de subsídios às empresas, "já ocorrida em alguns Estados sem a correspondente melhoria do sistema e do barateamento das tarifas". 21

(20) Nos congressos da ANTP (Associação Nacional de Transportes Públicos) surgiram inúmeros estudos e propostas de subsídios. Dentre eles podem-se citar: ANTP - Revista dos Transportes Públicos; Ano 2/março de 1980/nº 7, "Subsídio ao Transporte Coletivo nas Metrôpoles", Comissão de Economia de Transporte da ANTP; Ano 4/setembro de 1981/nº 13, "Gerência dos Transportes Coletivos Urbanos e Subsídios", Comissão de Economia da ANTP; Ano 5/dezembro de 1982/nº 18, "Tarifação por Áreas em Linhas Metropolitanas - A Experiência do Rio de Janeiro", Willian Alberto de Aquino Pereira e José Luiz Mendes Vianna da Cunha; Ano 6/setembro de 1983/nº 21, "Subsídio: Instrumento de Gerência de Sistemas de Transportes Públicos e de Justiça Social", Companhia de Transportes Urbanos da Região Metropolitana; Ano 7/março de 1985/nº 27, "Para onde vai o nosso Transporte Coletivo?", Elmir Germani; Ano 7/junho de 1985/nº 28, "Carta de Brasília", Comitê de Operadores Públicos de Ônibus da ANTP; Ano 7/junho de 1985/nº 28, "Recomendações do III Encontro de Órgãos de Gerência de Transportes Públicos"; Ano 7/setembro de 1985/nº 29, "Conclusões do 5º Congresso Nacional de Transportes Públicos"; Ano 3/setembro de 1980/nº 9, "Vale-Transporte: Um Instrumento da Política Tarifária nos Transportes Urbanos", Maurício Cadaval. Nesse último artigo já se esboçava a forma de financiamento do Vale-Transporte, de maneira semelhante à do Vale Refeição (Lei 6.321/76).

(21) Consulte-se Folha de São Paulo de 16/10/81.

No final do Governo Figueiredo (fevereiro/85), o Ministério dos Transportes publicou um documento ²² onde se analisam dez das várias alternativas de subsídios aventadas nos últimos anos, entre elas, o Vale-Transporte, com um sistema de funcionamento semelhante àquele em vigor atualmente. O documento, no entanto, não o priorizava enquanto alternativa.

No início do Governo da Nova República, essa discussão em torno do subsídio ganhou novo alento, observe-se, neg se sentido, os seguintes objetivos gerais explicitados na proposta setorial do Ministério dos Transportes para o Plano Nacional de Desenvolvimento (PND) - 1985/88:

"Reduzir o dispêndio das famílias de baixa renda com o transporte de pessoas, assegurados os níveis mínimos de mobilidade necessários ao desempenho das funções urbanas (...). O primeiro desses objetivos explica-se pela necessidade de se manterem os gastos com o transporte em níveis compatíveis com os orçamentos das famílias de baixo poder aquisitivo, liberando a renda para outros itens de consumo igualmente fundamentais no dia-a-dia dessas populações.

A meta de limitar os dispêndios com o transporte urbano em 6 por cento do salário será permanentemente perseguida, mesmo que se tenha, para isso, que diferenciar o preço em função do perfil de renda da área urbana". ²³

-
- (22) Ministério dos Transportes/STU. Subsídios - Alternativas de Aplicação, Brasília, Fevereiro de 1985.
- (23) Ministério dos Transportes. "Transportes: Nova República, Novos Caminhos", (junho/85), in Revista dos Transportes Públicos - ANTP; ano 7, nº 29, setembro de 1985.

Coerentemente com esses objetivos gerais, o Ministro dos Transportes, Affonso Camargo, ao assumir a pasta em março de 1985 anunciou que estavam sendo feitos estudos para a viabilização do Vale-Transporte.

Trata-se de um mecanismo pelo qual os empregadores adquirem o Vale junto às empresas de transporte, repassando-o aos seus funcionários ao custo de 6% de seus salários, independentemente do número de passes adquiridos - cerca de 50 ou 100 por mês se o trabalhador utiliza duas ou quatro conduções no seu deslocamento residência-trabalho-residência. O diferencial do custo é arcado pelo empregador, que é parcialmente resarcido por isenções fiscais.

Esse corpo básico do benefício manteve-se inalterado desde seu anúncio, em março, até sua aprovação, em dezembro. Porém, esses 10 meses foram marcados por polêmicas que se tornaram públicas através dos noticiários veiculados pela imprensa e que resultaram em duas versões do projeto.

O ponto fundamental, divisor de águas dos dois anteprojetos, era o debate acerca do caráter obrigatório (1ª versão) ou facultativo (2ª versão) da adesão das empresas ao Vale-Transporte, o que obviamente define o alcance da medida, isto é, o número potencial de beneficiários. Diretamente vinculada a essa questão, debatia-se sua forma de financiamento, ou seja, a definição de quem arcaria com a maior parte dos custos: empresas ou Estado. Debatiam-se também as possibilidades de estender os benefícios a grupos marginalizados, tais como subempregados e desempregados.

Dentre outros pontos que sofreram críticas e reformulações - secundários em relação aos objetivos deste texto - , destaca-se a questão da emissão e comercialização dos Vales, em que se tratou de encobrir, sob o debate ideológico, o interesse em decidir sobre quem se beneficiaria com os lucros indiretos. As permissionárias defendiam que a comercialização do Vale-Transporte ficasse a seu cargo, o que lhes permitiria receber pelo serviço antes de efetuar-lo, aumentando seu capital de giro com um ganho adicional considerável numa economia inflacionária como a de 1985. As empresas públicas de transportes urbanos, a maioria dos técnicos da área de transportes e as associações e sindicatos, por sua vez, defendiam que

a comercialização ficasse a cargo das empresas públicas ou prefeituras. Prevaleceu, enfim, a posição intermediária do GEIPOT, que deu autonomia aos municípios na decisão.

Relata-se a seguir a evolução da polêmica referente àqueles pontos que implicam a abrangência da medida e que, portanto, mais diretamente definem seu alcance social.

PRIMEIRA VERSÃO: Adoção Obrigatória

O projeto original elaborado pela EBTU/GEIPOT e encampado pelo Ministro dos Transportes, Affonso Camargo, previa que somente os trabalhadores urbanos do mercado formal teriam direito ao Vale-Transporte. Por isso, logo que anunciado, em abril de 1985, foi criticado por excluir a grande massa de trabalhadores do mercado informal. Alguns políticos, CUT, CONCLAT e DIEESE encamparam essas críticas e acrescentaram a proposta de que o benefício deveria ser estendido também aos desempregados, os quais, somados aos subempregados, representavam parcela significativa da força de trabalho urbana.

Inicialmente o anteprojeto previa a concessão do Vale aos trabalhadores domésticos, porém esse item foi retirado da primeira versão antes mesmo de sua entrega ao Presidente José Sarney.

A Comissão Técnica coordenada pelo presidente do GEIPOT e encarregada de elaborar o anteprojeto de lei do Vale-Transporte (entregue ao Ministro A. Camargo no dia 8 de maio) não encontrou solução para a inclusão dos subempregados e desempregados, deixando ao Congresso Nacional a incumbência de debater sua viabilidade e encontrar os mecanismos necessários a sua concretização.

Em que pese a sua importância, esse debate passaria para segundo plano em relação ao tema da obrigatoriedade, cujo projeto - apresentado pelo Ministro Affonso Camargo à Comissão de Transportes do Congresso Nacional, no dia 9 de maio, para que fosse enviado ao Presidente José Sarney no dia seguinte - determinava que todas as empresas, de qualquer setor da economia, seriam obrigadas a oferecer o Vale-Transporte a seus trabalhadores sob pena de sanção da justiça do trabalho: multa

administrativa e pagamento em dobro ao empregado do valor da ajuda de custo devida.

Esse passou a ser, desde então, o principal ponto de discórdia, agravado pelo fato de que a forma de financiamento do subsídio não era definida de maneira precisa.

Prevvia-se que o empregador arcaria com o custo do transporte no deslocamento residência-trabalho-residência dos seus empregados no que excedesse os 6% dos respectivos salários. Estava claro, portanto, que não haveria incentivo fiscal, como previsto na Lei 6.321/76 do Vale-Refeição, que possibilita às pessoas jurídicas deduzir do lucro tributário, para fins de Imposto sobre a Renda, o dobro das despesas comprovadamente realizadas.

O Ministro dos Transportes apostava na sensibilidade dos empresários perante a gravidade da situação dos transportes urbanos: "Se um incêndio acontecer nesse país podem estar certos de que acontecerá nas grandes cidades em ônibus e trens de subúrbios".²⁴ No entanto defendia a possibilidade de que o custo do subsídio fosse repassado ao Estado e aos consumidores através de dois mecanismos: 1º) permitir que as empresas o deduzissem no Imposto de Renda devido, como despesa operacional; 2º) permitir o repasse das despesas para o preço dos produtos.

Esse segundo dispositivo, acalmaria, em parte, os ânimos dos empresários mas faria surgir novos opositores: os ministros da área econômica.

Tendo prevalecido as sugestões do Ministro dos Transportes, o anteprojeto foi enviado ao presidente Sarney no dia 16 de maio, mas abrir-se-ia ao Congresso Nacional a possibilidade de aperfeiçoá-lo. Antes, porém, o Presidente solicitou o parecer dos Ministros do Planejamento, da Fazenda, do Trabalho e da Indústria e Comércio, os quais, após 10 dias de estudos, recomendaram o veto, que Sarney acatou, adiando a decisão com base nas ponderações de que a medida era inflacionária.

(24) Ver GAZETA MERCANTIL, 10/5/85.

Dornelles, coerente à posição de que os aumentos salariais são inflacionários, argumentava que o Vale-Transporte também o seria, visto que as empresas repassariam o custo dos subsídios aos preços dos produtos. ²⁵ Na mesma posição, o Ministro Sayad afirmou aos jornais que "ao invés de adotar a forma paternalista do Vale, dever-se-ia buscar o aumento da renda real do trabalhador, ou seja, perseguir a realidade social". ²⁶

A falácia dessas ponderações é evidente, posto que a curto-prazo não se mostrava possível a obtenção de aumentos reais de salários expressivos a ponto de que nenhum trabalhador dispendesse mais de 6% de seus rendimentos em gastos em transporte. Aliás, não era por outro motivo que o Vale-Transporte apresentava-se sobretudo como uma medida de emergência.

É bom lembrar que justamente no período em que houve o veto dos Ministros da Área Econômica a relação salário/tarifas atingiu seu momento mais crítico: com a defasagem entre aumento das tarifas (em vigor a partir do início de maio) e o reajuste dos salários (decretado na mesma data mas só recebido no mês seguinte), o trabalhador que recebia 1 salário mínimo e utilizava quatro conduções por dia gastou 60% de sua remuneração com transportes. ²⁷

Esses dados não impediram que o Presidente da Confederação Nacional da Indústria declarasse que "a estrutura burocrática e os custos administrativos e gerenciais do projeto parecem ser muito elevados em face do seu reduzido proveito social". ²⁸

Argumentos mais ponderáveis foram levantados pela Confederação Nacional da Indústria e pela Federação do Comércio de São Paulo na defesa das pequenas e média empresas, somadas ao tradicional discurso liberal contrário a qualquer forma de intervenção estatal. ²⁹

(25) O Estado de São Paulo, 31/5/85.

(26) O Estado de São Paulo, 31/5/85.

(27) Ver artigo de Joelson Beting, Folha de São Paulo, 7/5/85.

(28) Ver o Estado de São Paulo. 31/5/85. Folha de São Paulo, 31/5/85 e especialmente Gazeta Mercantil de 3/6/85.

(29) Idem.

Um trecho de telex enviado pela CNI aos Ministros da Área Econômica ilustra os argumentos empresariais, ao mesmo tempo sugerindo que o Vale-Transporte tivesse caráter facultativo: "Como novo direito tipicamente trabalhista, porque decorrente da relação de emprego, o Vale-Transporte não deveria resultar de imposição de lei, mas de negociação coletiva entre empregados e empregadores, meio mais flexível e adequado aos interesses diversificados".³⁰

Affonso Camargo, por sua vez, declarou-se discrepante quanto ao poder inflacionário do Vale-Transporte: "Se for é de forma insignificante no processo financeiro, no processo de juros altos e da dívida externa".³¹ Contudo, tão logo o anteprojeto foi recusado, o Ministro reiniciou estudos no sentido de torná-lo aceitável aos empresários e às outras alas do Governo.

SEGUNDA VERSÃO: Adesão Facultativa

A segunda versão do projeto foi elaborada em conjunto pelos Ministérios dos Transportes e do Trabalho, em dois meses. O anteprojeto foi novamente enviado ao Presidente, que o remeteu ao Congresso Nacional no dia 7 de julho. No mês de novembro a Câmara e o Senado Federal o aprovaram, e o Presidente da República o sancionou em 16 de dezembro.

Para os objetivos desse trabalho, vale destacar que a versão aprovada apresentava como principal modificação em relação à primeira o caráter facultativo da adesão das empresas e incorporava duas emendas: a primeira estendendo seu benefício a categorias anteriormente não incluídas, como os servidores públicos dos três níveis de governo; a segunda concedendo aos empregadores um incentivo fiscal semelhante ao do sistema do Vale-Refeição.

(30) Ver o Estado de São Paulo, 31/5/85. Folha de São Paulo, 31/5/85 e especialmente Gazeta Mercantil de 3/6/85.

(31) Ver Folha de São Paulo, 1/6/86.

BREVE AVALIAÇÃO

A aprovação do Vale-Transporte, após cerca de 10 anos de maturação da proposta, representa uma evolução do atual governo federal em relação aos anteriores - embora o caráter facultativo da medida retire muito de seu impacto social. É ne se sentido que se pode destacar alguns pontos positivos inerentes à concepção do Vale-Transporte:

- A implantação do benefício e o discurso do Gover no Federal, particularmente do Ministério dos Transportes, indi cam o reconhecimento de que, não sendo o deslocamento residência-trabalho-residência uma opção do trabalhador, seu custo não pode pesar apenas sobre ele.

- Dentre as formas de subsídios debatidas desde a década passada, a opção pelo Vale-Transporte, particularmente nos transportes por ônibus, valoriza o subsídio direto aos usuários, descartando medidas de subsídios diretos às permissórias, as quais não garantem seu repasse aos usuários.

- A natureza do funcionamento do benefício permite, talvez acima de qualquer outra forma de subsídio, um impacto social imediato.

- Tem o mérito de ser um mecanismo redistributivo que estabelece, em princípio, um padrão igualitário, já que, independentemente do montante do salário e do número de conduções necessárias ao transporte, cada trabalhador dispenderá no máximo 6% de seu salário mensal com transporte. Beneficiam-se, de fato, os estratos de menor poder aquisitivo: com base nos va lores de dezembro de 1985, verifica-se que a medida potencialmente beneficia trabalhadores que recebem até Cr\$ 1.250.000 (ca so utilizem 50 Vales-Transporte) ou Cr\$ 2.500.000 (caso utilizem 100 Vales). Isto é, pouco mais de dois ou quatro salários mínimos.

No entanto, a não obrigatoriedade de adesão das em presas descaracteriza praticamente todas essas qualidades, tornando-as apenas potencialidades, já que se pode prever que implicará, em grande parte, a não adoção da medida: resta apenas o aval que o governo federal concede aos trabalhadores em reivindicar preços de tarifas adequados a salários e em conceber

o transporte coletivo como um direito e não um ônus.

Assim, a segunda versão do Vale-Transporte (aprovada) apresenta claramente um retrocesso em relação à primeira. Esta pecava por excluir os subempregos e desempregos - fato que não deve ser subestimado, pois, segundo estimativas do Departamento Intersindical de Estudos e Estatísticas Sócio-Econômicas (DIEESE), os subempregos representam cerca de 40% da força de trabalho da Grande São Paulo.³² A versão aprovada, além de excluir os desempregados e os subempregados, não garante que o conjunto dos trabalhadores do mercado formal seja beneficiado.

A subordinação do direito ao Vale-Transporte às negociações coletivas entre sindicatos patronais e de trabalhadores terá um efeito pouco maior que a não-implantação da medida. O argumento exposto pelo Vice-Presidente do Sindicato dos Metalúrgicos de São Paulo parece irrefutável: "Já temos o direito de negociar qualquer reivindicação econômica, e desde 1981 o sindicato inclui esse item na pauta de discussões com as empresas". Em outras palavras, concede-se um direito já existente: o de reivindicar.

Como consequência, e considerando-se os diferenciados níveis de organização dos sindicatos no Brasil, é razoável supor que somente aqueles incluídos no rol dos "fortes" serão capazes de conquistar o benefício. Para eles é possível que o "aval" dado pelo governo federal às reivindicações tenha o efeito de estimulá-las e legitimá-las frente aos empresários. Contudo, boa parte dos sindicatos com alta capacidade reivindicatória já alcançou benefícios de transportes - em geral as empresas, através de meios próprios, oferecem esses serviços a baixo custo.

Tendo sua abrangência comprometida pela não obrigatoriedade, o Vale-Transporte exclui também os subempregados e desempregados. O Artigo 1º do Decreto prevê a inclusão de empregados domésticos, trabalhadores temporários, avulsos, a domicílio, etc. (Além, é claro, dos trabalhadores em regime de CLT e dos servidores públicos). No entanto, a maioria desses trabalhadores não tem sua situação regularizada, estando portanto excluídos dos benefícios trabalhistas. Ainda que a situação fosse

(32) Ver Folha de São Paulo, 21/5/85.

inversa, e que (como alguns propunham) a legislação propiciasse incentivos fiscais também à pessoa física (a lei os concede apenas à pessoa jurídica), tais dispositivos dificilmente garantiriam a inclusão desses grupos, posto que raramente apresentam capacidade de organização e reivindicação. Enfim, as características do Vale-Transporte dificultam, ou mesmo impossibilitam a inclusão de subempregados e desempregados. Faz-se necessário que o Estado propicie o benefício diretamente a esses grupos, sem o empregador como intermediário.

Cumpra, por fim, tecer alguns comentários sobre o alegado caráter inflacionário da medida. Como vimos, o veto à primeira versão do projeto foi justificado pela alegação de que o Vale-Transporte compulsório teria efeitos inflacionários e que, portanto, seria melhor proporcionar elevação dos salários reais, evitando-se a atitude paternalista da obrigatoriedade. Tais argumentos incorrem, a nosso juízo, ao menos em um ponto discutível. Qualquer programa do Governo Federal, mesmo que bem sucedido, para a recuperação do poder de compra dos salários não será capaz, a curto prazo, de rebaixar o gasto em transportes dos trabalhadores de baixa renda a níveis aceitáveis. E é a esses trabalhadores - que conformam o grosso dos usuários de transportes coletivos, recebem baixos salários e tomam duas ou quatro conduções por dia - que o Vale-Transporte se destina e a que poderia propiciar um ganho real. Enfim, recuperações salariais não invalidam os efeitos imediatos da medida, que se distingue justamente por ser emergencial.

Essas considerações não esgotam o tema. Ao contrário, referem-se apenas às questões que mais diretamente determinam o impacto da medida, definindo a abrangência do benefício.

Fica a merecer análise a própria concepção do Vale-Transporte enquanto forma de subsídio, que implicaria em discussão das soluções de emergência ou de médio prazo frente a opções de longo prazo que afetam ou transformam a própria estrutura dos transportes urbanos do Brasil. A forma de financiamento do Vale-Transporte também requer estudos acerca, por exemplo, da atratividade dos incentivos fiscais oferecidos às empresas (ver Art. 38/39 do decreto que regulamenta a Lei do

Vale-Transporte).

Em que pese a ausência de análises detalhadas de alguns pontos, pode-se dizer que os aspectos positivos do Vale-Transporte, aliados a seu caráter emergencial, impõem a revisão de sua não-obrigatoriedade.

4. Anexo Estadístico

ANEXO 1

RECEITAS GLOBAIS SEGUNDO A ORIGEM
EBTU
1976/84

(Em Cr\$ milhões de 1984) (1)

ANOS	RECEITAS PRÓPRIAS				TRANSFERÊNCIAS DA UNIÃO				FINANCIAMENTOS			OUTROS RECURSOS	TOTAL GERAL
	PDTU			TOTAL	DOTAÇÃO ORDINAR.	FND	PME	TOTAL	INTER-NOS	EXTER-NOS	TOTAL		
	TRU	ADIC. DA TRU	ADIC. IULCIG										
1976	178028	50428	158837	387292	-	-	-	-	-	-	-	-	387292
1977	241581	117928	193780	553290	-	85870	-	85870	-	-	-	-	639161
1978	130322	101121	199662	431105	-	165095	-	165095	-	14755	14755	73674	684630
1979	91367	71324	127900	290591	-	139899	-	139899	-	27082	27082	161819	619392
1980	59892	46735	84096	190722	161630	-	101839	263469	-	25075	25075	-	479266
1981	-	-	-	-	291673	-	26955	318628	-	33750	33750	-	352378
1982	-	-	-	-	183791	-	30913	214704	-	99938	99938	8446	323088
1983	-	-	-	-	144656	-	14745	159401	-	201040	201040	74704	435145
1984	-	-	-	-	241363	-	4750	246113	-	469069	469069	59877	775059

FONTE: MT/EBTU - OPOR/DIFIN.

APUD. FAGNANI, E., OP. CIT.

(1) Valores inflacionados pelo IGP - DI "Coluna 2" (IBRE/FGV).

ANEXO 17

MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

EVOLUÇÃO DO ÍNDICE GERAL DE PREÇOS, SALÁRIO MÍNIMO E TARIFFAS DO TRANSPORTE COLETIVO URBANO

1979/85

ANOS	ÍNDICE GERAL DE PREÇOS	SALÁRIO MÍNIMO (1)	ÔNIBUS	Crescimento anual (em %)	
				TARIFFAS (1)	METRÔ (2)
1980	100,2	87,6	108,3	67,7	63,4
1981	109,9	102,9	118,1	96,8	162,8
1982	95,4	98,9	80,8	85,7	83,5
1983	154,5	114,5	138,4	138,4	94,9
1984	220,6	174,4	176,1	176,1	125,1
1985	225,5	237,6	243,0	243,0	285,1

Fontes : IBRE-FGV. Conjuntura Econômica, CMTC/METRÔ/FEPASA (GOF).

Notas (1) Média anual ponderada.

(2) Inclui apenas bilhetes unitários.

ANEXO 16

MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

EVOLUÇÃO DO ÍNDICE GERAL DE PREÇOS, SALÁRIO MÍNIMO E TARIFAS DO TRANSPORTE COLETIVO URBANO

1979/85

Ano Base 1979 = 1,0

A N O S	ÍNDICE GERAL DE PREÇOS	SALÁRIO MÍNIMO (1)	T A R I F A S (1)		
			ÔNIBUS	METRÔ (2)	FERROVIA
1979	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
1980	2,0	1,9	2,1	1,7	1,6
1981	4,2	3,8	4,5	3,3	4,3
1982	8,2	7,6	8,2	6,1	7,9
1983	20,9	16,2	19,6	14,6	15,6
1984	67,0	44,5	54,1	40,3	34,6
1985	218,2	150,4	185,4	138,4	133,2

FONTE: IBRE/FGV - Conjuntura Econômica.

CMTC/Metrô/FEPPASA (GDF).

(1) Média anual ponderada.

(2) Inclui apenas bilhetes unitários.

ANEXO 15

MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

EVOLUÇÃO DO ÍNDICE GERAL DE PREÇOS, SALÁRIO MÍNIMO E TARIFAS DO TRANSPORTE COLETIVO URBANO
1979/85

Em Cr\$ Correntes

ANOS	ÍNDICE GERAL DE PREÇOS	SALÁRIO MÍNIMO (1)	ÔNIBUS	TARIFAS (1)		FERROVIA
				METRÔ (2)		
1979	213,5	2.141,3	4,20	5,63	1,94	
1980	427,5	4.017,2	8,75	9,44	3,17	
1981	897,3	8.149,8	19,08	18,58	8,33	
1982	1.753,7	16.208,0	34,50	34,50	15,29	
1983	4.463,8	34.764,0	82,25	82,25	29,80	
1984	14.311,7	95.388,0	227,10	227,10	67,08	
1985	46.587,5	322.080,	778,90	778,90	258,33	

Fontes: IBRE-FGV. Conjuntura Econômica, CMTC/METRÔ/FEPASA (GOF).

Notas (1) Média anual ponderada.

(2) Inclui apenas bilhetes unitários.

ANEXO 14

REGIÃO METROPOLITANA DE SÃO PAULO

ACIDENTES NOS SISTEMAS DA RFFSA - SUPERINTENDENCIA REGIONAL DE SÃO PAULO

1979/83

ACIDENTES E DESASTRES	1978	1979	1980	1981	1982	1983
Atropelamento com Morte	110	101	117	103	93	104
Atropelamento com Ferimento	48	72	61	95	87	82
Queda do Trem com Morte	3	2	14	7	4	18
Queda do Trem com Ferimento	16	33	68	139	105	127
Acidente Pessoal com Morte	0	1	2	1	2	1
Acidente Pessoal com Ferimento	236	281	299	239	219	256
Descarrilamento com Víctima	1	7	0	2	2	2
Descarrilamento sem Víctima	110	120	137	81	37	67
Choque de Trems com Víctima	2	1	4	13	2	3
Choque de Trems sem Víctima	2	2	3	3	3	3
Abalroamento da Trem com Víctima	5	9	3	3	4	8
Abalroamento da Trem sem Víctima	9	7	12	7	7	7
Colisão de Veículos próprios da Ferrovia	49	32	44	68	73	60
Atropelamento de Animal	0	5	5	9	8	16
Incêndio sem Víctima	31	24	33	33	15	26
Encontro de Cadáver	0	1	6	14	6	9
SOMAS	622	698	808	816	667	789

ANEXO 13

REGIÃO METROPOLITANA DE SÃO PAULO
 ATENDIMENTO A INTERRUPÇÃO DE TRÁFEGO NO SISTEMA DA RFFSA - SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE SÃO PAULO
 1978/83

C A U S A S	1978	1979	1980	1981	1982	1983
Defeito na Rede Aérea	61	70	80	38	24	39
Defeito na Sinalização	25	50	85	49	34	39
Defeito nas Comunicações	3	0	2	10	3	1
Defeito na Via Permanente	0	0	3	3	15	12
Defeito na Tração	183	233	523	163	78	123
Falta de Energia	0	4	21	7	3	2
Queda de Barreira na Via Férrea	5	4	5	2	0	2
Objeto Estranho nas Agulhas	44	52	29	24	5	3
Objeto Estranho na Linha	7	14	16	31	14	8
Enchente	11	23	27	11	14	23
Deslizamento de Aterros	0	2	0	0	0	0
S O M A S	339	452	791	338	190	252

Fonte : RFFSA - Relatório de Atividade - SR4.

APUD, FAGNANI, E, op. cit.

ANEXO 12

REGIÃO METROPOLITANA DE SÃO PAULO
REGULARIDADE DOS SUBÚRBIOS DA RFFSA

1978/81

Anos	Trecho Santos-Jundiaí				Trecho Roosevelt-Mogi			
	No Horário	Até 10M (1)	11 a 60M (2)	+ 60 M (2)	No horário	Até 10M (1)	11 a 16M (2)	+ 60M (2)
1978	79	13.4	6.9	1	82.7	8.4	8.4	- 4
1979	65	23	11	1	67.5	13.5	17.6	1.4
1980	65.7	23	10.1	1.2	70.7	11.7	15.7	1.9
1981	0	91.6	7	1.4	0	84.2	14.5	1.3
1982	78.3	16	4	1.7	84	8.3	6.3	1.4

Fonte: RFFSA - Relatório de Atividade - SR4

Apud, Fagnani, E. op. cit.

Notas: (1) No exercício de 1981 a companhia apresentou agregadamente os itens "no horário" e "até 10M".

(2) No exercício de 1982 os percentuais correspondem aos períodos de "10M a 30M" e "+ de 30M".

(% sobre o total de viagens)

ANEXO 11
PRINCIPAIS SISTEMAS DE METRÔ NO MUNDO
QUADRO COMPARATIVO DE ALGUMAS CIDADES

C I D A D E S	POPULAÇÃO (EM MILHÕES)		EXTENSÃO DA REDE DE METRÔ (KM)	HABITANTE POR KM DE LINHA DE (EM MILHARES)	PASSAG./ANO (MILHÕES EM 1980)	ANO DE INAUGURAÇÃO DA REDE
	NUM. ABS.	ANO DE REFER.				
1 - Estocolmo	647	(1980)	103.6	6.2	189	1950
2 - Washington	618	(1980)	54.2	11.7	59.2	1976
3 - Paris	2300	(1978)	170.2	12.1	1093.9	1900
4 - Oslo	452	(1981)	35.5	12.7	37	1966
5 - Londres	6849	(1980)	418.4	16.4	594	1843
6 - Hamburgo	1649	(1980)	89.5	18.4	100.2	1912
7 - Berlim Ocidental	1899	(1980)	100.8	18.8	342.1	1902
8 - Chicago	3005	(1980)	143.2	20.9	150.9	1892
9 - Nova York	7071	(1980)	371.1	19	1054.9	1868
10 - Atenas	885	(1981)	22.7	34.4	85	1925
11 - Osaka	2648	(1980)	75.6	35	766.8	1933
12 - Milão	1655	(1980)	43.3	38.2	190.7	1964
13 - Lyon	457	(1978)	11.8	38.7	42.1	1978
14 - Moscou	8184	(1981)	184	44.5	2266.2	1935
15 - Madri	3467	(1978)	7.4	46.8	394	1919
16 - Amsterdã	712	(1981)	14.5	49.1	16	1977
17 - Toronto	2865	(1979)	36.9	50.3	217.5	1954
18 - Toquio	8349	(1900)	131.1	63.7	1561	1927
19 - Lisboa	859	(1978)	12	71.6	111.7	1959
20 - Berlim Oriental	1134	(1979)	15.8	71.7	75	1902
21 - Viena	1593	(1976)	21.7	73.4	69	1978
22 - Glasgow	782	(1980)	10.5	74.4	10	1896
23 - Lenigrado	4681	(1981)	61.8	75.7	678.6	1955
24 - Bruxelas	1000	(1980)	11.7	85.5	33.6	1976
25 - Buenos Aires	2908	(1980)	34	85.6	207	1913
26 - Budapeste	2061	(1981)	23.2	88.8	270	1896
27 - Kiev	2248	(1981)	21.7	103.6	242.3	1960
28 - Roma	2916	(1980)	25.1	116.1	108	1955
29 - Santiago	3946	(1981)	25	157.8	106	1976
30 - Cidade do México	9191	(1979)	46.3	198.5	837.5	1969
31 - Pequim	7600	(1975)	23.6	322	35	1971
32 - Hong-Kong	5154	(1981)	13.6	330.4	8/Int	1979
33 - São Paulo	8493	(1980)	20	424.7	197.7	1974
34 - Rio de Janeiro	5093	(1980)	5.1	998.7	7	1979

ANEXO 10

REGIÃO METROPOLITANA DE SÃO PAULO

DISTRIBUIÇÃO DAS VIAGENS ANUAIS POR MODO DE TRANSPORTE

1960/85

(em números índices-1960=100)

ANO	ONIBUS (1)			SUBÚRBIO			METRÔ (3)	TOTAL
	CMTC (2) PRIVADAS	PERM. TOTAL	RFFSA	RFFSA	FEPASA	TOTAL		
1960	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	0,00	100,00
1965	51,58	144,92	104,06	119,54	110,53	117,92	0,00	97,48-
1970	52,63	142,13	102,95	109,20	136,84	114,15	0,00	91,77
1971	49,47	154,59	108,57	106,90	142,11	113,21	0,00	96,22
1972	53,05	168,03	117,70	111,49	157,89	119,81	0,00	104,08
1973	54,74	182,79	126,73	111,49	168,42	121,70	0,00	111,49
1974	47,58	199,67	133,09	110,39	168,42	127,36	0,00	117,05
1975	46,32	216,23	141,84	109,20	168,42	119,81	15,17	125,13
1976	58,74	224,10	151,71	117,24	173,68	127,36	100,00	142,85
1977	75,58	219,84	156,68	137,93	163,16	142,45	119,86	150,19
1978	96,21	201,80	155,58	166,67	136,84	161,32	130,14	151,89
1979	101,26	207,21	160,83	167,82	226,32	178,30	135,62	158,04
1980	109,05	211,97	166,91	185,06	294,74	204,72	143,15	165,83
1981	108,42	207,54	164,15	183,91	300,00	204,72	156,16	165,01
1982	101,68	214,43	165,07	181,61	294,74	201,89	237,67	174,35
1983	109,68	207,87	164,88	201,15	326,32	223,58	257,53	178,06
1984	116,63	221,97	175,85	225,29	415,79	259,43	280,14	192,14
1985	123,37	225,57	180,83	245,98	457,89	283,96	284,93	198,59

FONTE: CMTC/METRÔ/FEPASA/RFFSA

NOTAS: (1) Inclui somente o município de São Paulo

(2) Inclui bônus no período 1960/68

(3) Para metrô, o ano base considerado foi 1976

ANEXO 9

REGIÃO METROPOLITANA DE SÃO PAULO

DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DAS VIAGENS ANUAIS POR MODO DE TRANSPORTE

1950/85

(em %)

ANO	ÔNIBUS (1)			SUBÚRBIO			METRÔ	TOTAL (2)
	CMTC (2)	PERM. PRIVADAS	TOTAL	RFFSA	FEPASA	TOTAL		
1950	84,01	11,55	95,56	2,54	1,90	4,44	0,00	100,00
1955	81,20	12,50	93,70	4,65	1,65	6,30	0,00	100,00
1960	39,88	51,22	91,10	7,30	1,60	8,90	0,00	100,00
1965	19,54	70,49	90,03	8,29	1,67	9,97	0,00	100,00
1970	20,19	70,03	90,23	7,67	2,10	9,77	0,00	100,00
1971	18,10	72,65	90,76	7,16	2,08	9,24	0,00	100,00
1972	17,95	73,01	90,95	6,91	2,14	9,05	0,00	100,00
1973	17,29	74,14	91,42	6,45	2,13	8,58	0,00	100,00
1974	14,31	77,14	91,45	6,52	2,03	8,55	0,00	100,00
1975	13,03	78,14	91,17	5,63	1,90	7,52	0,00	100,00
1976	14,48	70,94	85,42	5,29	1,71	7,01	7,58	100,00
1977	17,72	66,19	83,91	5,92	1,53	7,45	8,64	100,00
1978	22,30	60,08	82,38	7,08	1,27	8,35	9,27	100,00
1979	22,56	59,29	81,85	6,85	2,02	8,86	9,29	100,00
1980	23,16	57,80	80,96	7,20	2,50	9,70	9,34	100,00
1981	23,14	56,87	80,01	7,19	2,56	9,75	10,24	100,00
1982	20,54	55,61	76,15	6,72	2,38	9,10	14,75	100,00
1983	21,69	52,79	74,48	7,29	2,58	9,87	15,65	100,00
1984	21,37	52,24	73,61	7,56	3,05	10,61	15,78	100,00
1985	21,87	51,36	73,24	7,99	3,25	11,24	15,53	100,00

FONTE: CMTC/FEPASA/RFFSA/METRÔ

NOTAS: (1) Inclui apenas o município de São Paulo

(2) Inclui Bondes no período 1948/68

ANEXO 8

REGIÃO METROPOLITANA DE SÃO PAULO
DISTRIBUIÇÃO DAS VIAGENS ANUAIS POR MODO DE TRANSPORTE
1960/85

(em milhões de viagens)

ANO	ÔNIBUS (1)		SUBÚRBIO			METRÔ	TOTAL
	CMTC (2) PRIVADAS	PERM. TOTAL	RFFSA	FEPASA	TOTAL		
1960	475	610	87	19	106	0	1.349
1965	245	884	104	21	125	0	1.315
1970	250	867	95	26	121	0	1.238
1971	235	943	93	27	120	0	1.298
1972	252	1.025	97	30	127	0	1.404
1973	260	1.115	97	32	129	0	1.504
1974	226	1.218	103	32	135	0	1.579
1975	220	1.319	95	32	127	22	1.688
1976	279	1.367	102	33	135	146	1.927
1977	359	1.341	120	31	151	175	2.026
1978	457	1.231	145	26	171	190	2.049
1979	481	1.264	146	43	189	198	2.132
1980	518	1.293	161	56	217	209	2.237
1981	515	1.266	160	57	217	228	2.226
1982	483	1.308	158	56	214	347	2.352
1983	521	1.268	175	62	237	376	2.402
1984	554	1.354	196	79	275	409	2.592
1985	586	1.376	214	87	301	416	2.679

FONTE: CMTC/METRÔ/FEPASA/RFFSA

NOTAS: (1) Inclui apenas o município de São Paulo
(2) Inclui Bonde no período 1960/68

REGIÕES METROPOLITANAS E CAPITAIS

DADOS OPERACIONAIS DO TRANSPORTE COLETIVO POR ÔNIBUS - JAN./84

REGIÃO METROPOLITANA E CAPITAIS	NÚMERO DE LINHAS	NÚMERO DE EMPRESAS	FROTA TOTAL	IDADE MÉDIA DA FROTA	NÚMERO DE VIAGENS/DIA	QUILÔMETRO-TRAGEM	PASSAGEIROS		PASS./KM	TARIFA MÉDIA NOV./84
							TRANSPORTA- DOS/DIA	TOTAL		
RM Belém	54	19	816	4,00	6.473	188.256	675.199		3,59	358
RM Fortaleza	179	36	1.280	4,90	9.404	234.380	806.019		3,44	340
RM Recife	194	23	1.703	3,40	12.935	367.070	1.338.765		3,65	360
RM Salvador	328	16	2.049	4,20	13.296	371.100	1.415.488		3,81	340
RM B. Horizonte	332	80	2.828	5,50	18.000	530.000	1.800.000		3,40	390
RM R. de Janeiro	035	194	10.693	4,20	112.447	3.287.450	6.198.508		1,89	404
RM São Paulo	1.199	143	13.379	5,30	125.156	2.850.336	8.576.028		3,01	429
RM Curitiba	281	24	1.474	4,70	15.999	254.573	1.059.845		4,16	390
RM Porto Alegre	382	50	3.326	6,10	25.800	594.000	1.478.100		2,49	443
SUBTOTAL	3.984	585	37.548	4,73	339.510	8.677.165	23.347.952		2,69	404
Brasília	192	4	1.294	3,90	7.604	298.054	560.844		1,88	662
Manaus	70	8	480	2,90	4.378	93.630	376.902		4,03	350
São Luís	52	18	392	5,20	3.421	99.893	257.090		2,57	401*
Teresina	43	8	217	4,20	2.368	45.065	198.571		4,41	400
Natal	39	4	270	4,00	2.750	74.500	321.075		4,31	360
João Pessoa	40	6	242	3,10	2.031	46.301	229.031		4,95	300
Maceió	43	6	282	5,10	2.641	58.442	248.646		4,25	330
Arecaju	38	2	186	5,10	1.863	37.555	128.340		3,42	350
Vitória	21	4	297	7,10	2.278	55.271	136.437		2,47	435
Florianópolis	45	6	207	5,70	1.690	36.145	156.843		4,34	371
Goiania	83	4	626	6,00	6.695	126.272	494.287		3,91	280
Campo Grande	52	3	195	3,00	1.953	36.024	117.620		3,27	360
Cuiabá	42	2	158	5,90	1.767	29.177	80.058		2,74	400
Porto Velho	17	2	57	3,40	883	12.626	39.121		3,10	400
Boa Vista	3	1	8	3,00	54	1.780	771		4,33	300
Rio Branco	16	1	57	4,90	900	9.233	42.287		4,58	400
Macapá	5	2	18	3,40	135	3.262	11.418		3,50	401*
SUBTOTALS CAPITAIS	801	82	4.986	4,56	43.411	1.063.230	3.399.341		3,20	401
TOTAL	4.785	667	42.534	4,71	382.921	9.740.395	26.747.293		7,65	404

* Valores medios das RMs ou capitais.

FONTE: EBTU.

ANEXO 6

DISTRIBUIÇÕES DAS VIAGENS DIÁRIAS POR MODO DE TRANSPORTE UTILIZADO

MODO PRINCIPAL	1967		1977		CRESCIMENTO 1977/67 (Em %)
	1000	%	1000	%	
	VIAGENS/DIA		VIAGENS/DIA		
Ônibus	4344	59.09	8535	54.16	96.48
Metrô	-	-	543	3.45	-
Trem de Subúrbio	322	4.38	498	3.16	54.66
Total Transporte Coletivo	4666	63.47	9576	60.76	105.23
Automóvel	1909	25.97	5466	34.68	186.33
Táxi/Lotação	596	8.11	560	3.55	- 6.04
Bicicleta/Motocicleta	80	1.09	106	0.67	32.50
Outras	101	1.37	52	0.33	-48.51
Total Transporte Individual	2686	26.50	6184	39.24	130.23
TOTAL GERAL	7352	100.00	15760	100.00	114.36

FONTE: Pesquisa Origem-Destino - 1967/1977 - Conforme EMTU/SP - Relatório de Atividades - 1978.

ANEXO 5
RFFSA

INVESTIMENTOS REALIZADOS EM TRANSPORTE FERROVIÁRIO
DE SUBÚRBIO NAS REGIÕES METROPOLITANAS DE FORTALEZA,
RECIFE, SALVADOR, B. HORIZONTE E P. ALEGRE SEGUNDO
A ORIGEM DOS RECURSOS
1979/84

(Em \$)

ANOS	RECURSOS PRÓPRIOS			TRANSFERÊNCIAS DA UNIÃO			FINANCIAMENTOS			TOTAL GERAL
	RECURSOS RECEITA FISCAIS OPERAC. DOTAÇÃO VINCULADA OUTROS /IULCLG	TOTAL	DOTAÇÃO ORDINÁ- RIA	FND	PME	TOTAL	INTERNOS	EXTERNOS	TOTAL	
1979	23.82	76.18	100.00	-	-	-	-	-	-	100,00
1980	-	6.21	6.21	-	93.79	93.79	-	-	-	100,00
1981	-	7,11	7,11	-	78,77	78,77	10,94	3,18	14,12	100,00
1982	-	-	-	-	68,76	68,76	2,83	28,41	31,24	100,00
1983	-	0,03	0,03	-	28,35	28,35	3,70	67,92	71,62	100,00
1984 (1)	-	-	-	6,70	5,35	12,05	0,58	87,38	87,95	100,00

ANEXO 4
RFFSA

INVESTIMENTOS REALIZADOS EM TRANSPORTE FERROVIÁRIO
DE SUBURBIO NAS REGIÕES METROPOLITANAS DE FORTALEZA,
RECIFE, SALVADOR, B. HORIZONTE E P. ALEGRE SEGUNDO
A ORIGEM DOS RECURSOS

1979/84

(EM CR\$ MILHÕES DE 1984) (4)

ANOS	RECURSOS PRÓPRIOS			TRANSFERÊNCIAS DA UNIÃO				FINANCIAMENTOS		TOTAL GERAL
	RECURSOS FISCAIS	RECEITA OPERAC. E OUTROS	TOTAL	DOTAÇÃO ORDINÁRIA	FND	PME	TOTAL	INTERNOS	EXTERNOS		TOTAL
1979	5095	16289	21384	-	-	-	-	-	-	21384
1980	-	2310	2310	-	34917	34917	-	-	-	37227
1981	-	7385	7385	-	81774	81774	11356	3302	14658	103817
1982	-	-	-	-	117508	117508	4839	48549	53388	170897
1983	-	103	103	-	88660	88660	11574	212386	223961	312723
1984 (1)	-	-	-	39000	-	31128	70128	3350	508642	511992
										582120

FONTE: MT/RFFSA - SP0 - Sistema de Acompanhamento de Programação Orçamentária (Dados de 1979);

MT/RFFSA - Elaboração MT/Secretaria de Transportes Urbanos (Dados de 1980/84).

Apud. Fagnani, E., op. cit.

NOTAS: (1) Provisória

(2) Inclui recursos repassados pela EBTU para subúrbios na região Metropolitana de Porto Alegre nos exercícios de 1980 a 1984.

(3) Inclui recursos repassados pela EBTU para subúrbios das regiões Metropolitanas de Porto Alegre, Recife e B. Horizonte nos exercícios de 1982, 83 e 84.

(4) Valores inflacionados pelo IGP - DI "Coluna 2" (IBRE/FGV).

ANEXO 3
EBTU

EVOLUÇÃO DO DISPENDIO
1976/84

(EM CR\$ MILHÕES DE 1984) (1)

PERÍODO	INVESTIMENTOS		SERVIÇO DA DÍVIDA		OUTRAS DESPESAS		TOTAL		
	VAL. ABS.	% ANO BASE 1978=100	VAL. ABS.	% ANO BASE 1980=100	VAL. ABS.	% ANO BASE 1978=100	VAL. ABS.	% ANO BASE 1978=100	
1976	384.230	96,43	62,43	-	-	61,25	32,26	390.354	100,00
1977	620.126	96,55	100,75	-	-	22.183	116,84	642.309	100,00
1978	615.496	97,01	100,75	-	-	18.986	100,00	634.482	100,00
1979	560.134	95,90	91,01	-	-	23.931	126,05	584.065	100,00
1980	448.534	94,61	72,87	2511	0,53	23.066	121,49	474.111	100,00
1981	312.344	91,20	50,75	14.020	4,09	16.125	84,93	342.489	100,00
1982	274.972	82,26	44,67	42.738	12,79	16.558	87,21	334.269	100,00
1983	331.294	68,60	53,83	137.304	28,43	14.319	75,42	482.917	100,00
1984	567.628	73,22	92,22	200.240	25,83	7.400	38,98	775.276	100,00

FONTE: EBTU (Dados sobre investimento de serviço da dívida) e MT/Secretaria de Programação Financeira e Orçamento (Dados sobre outras despesas).

* APUD, FAGNANI, E. op. cit.

NOTA: (1) Valores inflacionados pelo IGP - DI "Coluna 2" (IBRE/FGV).

ANEXO 2

EBTU

RECEITAS GLOBAIS SEGUNDO A ORIGEM

1976/84

(*)

ANOS	RECEITAS PRÓPRIAS			TRANSFERÊNCIAS DA UNIÃO				FINANCIAMENTOS		OUTROS RECURSOS	TOTAL GERAL	
	TRU	ADIC. DA TRU	ADIC. IULCIS	DOTAÇÃO ORDINAR.	FMD	PME	TOTAL	INTER- NOS	EXTER- NOS			
1976	45,97	13,02	41,01	100,00	-	-	-	-	-	-	100,00	
1977	37,80	18,45	30,32	86,57	-	13,43	-	-	-	-	100,00	
1978	19,04	14,77	29,16	62,97	-	24,11	-	2,16	2,16	10,76	100,00	
1979	14,75	11,52	20,65	46,92	-	22,59	-	4,37	4,37	26,13	100,00	
1980	12,50	9,75	17,55	39,79	33,72	-	21,25	54,97	5,23	5,23	100,00	
1981	-	-	-	-	82,77	-	7,65	90,42	-	9,58	9,58	100,00
1982	-	-	-	-	56,89	-	9,57	66,45	-	30,93	30,93	100,00
1983	-	-	-	-	33,24	-	3,39	36,63	-	46,20	46,20	100,00
1984	-	-	-	-	31,14	-	0,61	31,75	-	60,52	60,52	100,00

FONTE: MT/EBTU - DEOR/DIFIN.

APUD. FAGNANI, E., op. cit.