

Crise Econômica e Políticas Sociais Elementos para Discussão

*Maria Alícia D. Ugá **

Esta matéria é produto da pesquisa "Análise de Políticas Alternativas para o Financiamento do Setor Saúde no Brasil", desenvolvida na Escola Nacional de Saúde Pública com o apoio da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), do Instituto de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) e da Secretaria de Ciência e Tecnologia do Ministério da Saúde.

Sem a intenção de esgotar o tema, este trabalho apenas tem o propósito de contribuir com alguns elementos para a discussão sobre o tratamento de ajuste à crise econômica na América Latina e seus efeitos sobre as políticas sociais e, particularmente, sobre a política de saúde.

No que tange a esta última, preocupamo-nos apenas em analisá-la nesse contexto, dada a proposta geral deste artigo; ainda, nosso período de estudo se estende da década de setenta até meados dos anos oitenta, após o qual várias modificações foram-se processando principalmente a partir da implantação do SUDS. Não fica o leitor, entretanto, desprovido de análises deste rico período recente, profundamente estudado pelo Núcleo de Estudos Político-Sociais em Saúde, desta Instituição.

Por outro lado, reconhecemos, obviamente, a particularidade dos processos político-sociais e econômicos de cada uma das sociedades que compõem o nosso continente; mas, neste artigo, propusemo-nos a percorrer o caminho inverso, isto é, o de tentar resgatar os aspectos comuns do tratamento dado às políticas sociais em conjunturas de crise econômica nos países latino-americanos.

1. CONSIDERAÇÕES SOBRE A AMÉRICA LATINA

Após um período de amplas facilidades de captação de capital externo que, de alguma forma, contrastaram na primeira metade dos anos setenta os estrangulamentos estruturais das economias latino-americanas, os países deste continente se deparam, fundamentalmente, a partir da crise dos anos oitenta, frente a uma enorme dívida externa contraída na década anterior, à atual escassez de capital no mercado externo, à retração do comércio internacional e, ainda, às economias destroçadas por políticas recessivas de ajuste à crise. É neste quadro que examinaremos as políticas sociais.

** Pesquisadora do Dept. de Administração e Planejamento da ENSP/Fiocruz.*

Os governos militares que assumem o poder em 1964 no Brasil, e nos anos 70, nos países do cone sul da América Latina, adotaram como estratégia de crescimento econômico a abertura ao exterior, logrando, pela facilidade de acesso à poupança externa nesse período, taxas médias de crescimento do PIB de 8% a.a. (1) e do PIB per capita de 1,6% a.a., no intervalo de 1971 a 1975. No plano político, a política foi tão concentrada e excludente quanto no plano econômico, caracterizando-se por regimes burocráticos-autoritários, que alijaram do processo decisório amplos segmentos da sociedade civil.

Nesse contexto, as políticas sociais foram determinadas, do ponto de vista econômico, pelas necessidades de acumulação do sistema, ou seja, constituíram-se num fecundo campo de acumulação de capital. (2) O Estado cumpriu um papel importante nesse sentido financiando a expansão da rede privada dos setores saúde, educação, habitação e, por outro lado, abrindo um enorme mercado para as indústrias de equipamentos, medicamentos, empresas de engenharia civil, entre outras igualmente favorecidas, pela incorporação, nos serviços públicos, de recursos tecnológicos que, na maior parte das vezes, não seguiu critérios técnicos de organização dos serviços ou a melhoria da eficiência e eficácia das prestações.

Claros exemplos dessa política de privatização são os casos do Brasil e do Chile. O primeiro financiou, a fundo perdido, uma extraordinária expansão da rede privada de ensino e atenção à saúde, retraindo o investimento público nessas áreas e contratando maciçamente, via Previdência Social, o setor privado para a prestação de serviços de saúde. No caso da habitação, recursos oriundos da poupança compulsória dos trabalhadores (Fundo de Garantia por Tempo de Serviço, FGTS) foram canalizados para uma impressionante expansão do setor imobiliário, cujos produtos, na sua maioria, só eram acessíveis para as classes de média e alta rendas.

No Chile, assistiu-se a uma estratégia explícita de privatização das políticas sociais, a partir de meados dos anos setenta, coerente com a ideologia do modelo neoliberal de desenvolvimento assumido pelo governo Pinochet. Como se sabe, este modelo valoriza o papel do mercado e a não-intervenção estatal e, enfim, o individualismo, pois assume-se que a concorrência do mercado deve-se dar em todos os níveis. Assim, num país que possuía um dos melhores sistemas de seguridade social da América Latina e, no que se refere à saúde, com altas taxas de cobertura a partir de uma ampla rede pública de serviços, o governo vem substituindo a atuação do Estado nas áreas sociais pela do setor privado em franco crescimento. Nesse sentido,

(1) CEPAL, División de Desarrollo Social.

(2) Fleury, Sonia, "Estado e Políticas Sociais", mimeo.

no que tange à previdência social, estimulou a transferência dos segurados no sistema estatal para sistemas de seguros privados que oferecem vários planos de pensões e aposentadorias e várias formas de aplicação dos recursos no mercado de capitais. A escolha dos planos, de maior ou menor abrangência, e o valor dos benefícios ficam a critério do indivíduo, segundo seu poder aquisitivo. Como o assegurado tem o direito de transferir, mediante a abertura de contas particulares, as suas contribuições previdenciárias sobre o salário para esses sistemas privados, está inviabilizando todo e qualquer mecanismo de solidariedade social no sistema de seguro social chileno.

Na área da saúde, a política governamental tem sido similar, estimulando a substituição dos serviços públicos pelos de uma rede de seguros privados de saúde, sob o sistema de pré-pagamento.

Como nestes dois setores sociais promoveu-se a transferência das contribuições dos trabalhadores relativas à seguridade social para os seguros privados de benefícios pecuniários e de saúde e, por outro lado, o Estado repassou as contribuições que lhe correspondiam, no anterior sistema tripartite de financiamento, para essas companhias particulares, o Estado vem claramente fomentando o crescimento destas em detrimento do setor público, que se transforma gradualmente num setor destinado aos indigentes. É clara, portanto, a estratégia do governo chileno de progressivamente reservar ao Estado um papel meramente subsidiário, inclusive nos setores sociais.

Ainda assim, a acessibilidade de recursos externos na primeira metade da década dos anos setenta viabilizou uma recuperação dos gastos sociais na América Latina, contrabalançando, de certa forma, a compreensão salarial e a exclusão de amplas camadas da população a níveis de vida minimamente aceitáveis.

Verificou-se, nesse período, a expansão de alguns programas assistenciais, na área de alimentação e nutrição, principalmente. Cabe aqui lembrar outra determinação das políticas sociais (3), relativa a elas se constituírem em poderosos instrumentos de legitimação política do governo. Principalmente no caso dos governos autoritários, que excluíram econômica e politicamente amplos setores da população e que não foram eleitos pelo voto popular, estes instrumentos são particularmente importantes.

Entretanto, como observa Rezende (4), “mesmo nos casos em que se registra uma ampliação dos gastos públicos em programas sociais não há garantia de que os beneficiados pertençam aos grupos menos favorecidos da população. Estudos sobre a distribuição dos benefícios dos gastos públicos têm demonstrado que seu impacto redistributivo é, na melhor das hipóteses,

(3) Fleury, Sonia, *op. cit.*

(4) Rezende, F. “A Política Social e a Crise Econômica”. Textos para discussão interna, IPEA n.º 111.

nulo, quando não regressivo. Isto é, ao aumento do gasto social não corresponde, necessariamente, um melhor acesso das populações marginalizadas aos benefícios do crescimento econômico, senão que tal acréscimo possa representar uma outra forma de reprodução das desigualdades.”

A desigualdade de acesso aos benefícios é dada pela fragmentação institucional prevalente na América Latina, que cria clientelas específicas e estratificadas, deixando de atender a amplos setores populacionais (principalmente aqueles que não estão inseridos no mercado formal de trabalho e que não estão vinculados, portanto, a nenhum sistema previdenciário). Por outro lado, os serviços prestados são diferenciados quantitativa e qualitativamente segundo o poder de cada clientela.

Deve-se considerar que os regimes previdenciários da maior parte dos países latino-americanos seguem, desde a sua implantação, o modelo de seguro social, que condiciona a prestação de benefícios à contribuição pecuniária dos trabalhadores sobre o seu salário. Como as contribuições das empresas são, via de regra, repassadas aos preços dos produtos consumidos pela população em geral e, por outro lado, as receitas oriundas dos orçamentos fiscais são geralmente constituídas, na sua maior parte, por tributos indiretos, o financiamento das políticas sociais tem sido regressivo.

Em 1974-75 a América Latina sofre intensamente os reflexos da recessão dos países centrais, principalmente através da retração do comércio internacional, ao qual se acrescenta o aumento do preço das importações de petróleo. Do ponto de vista financeiro, persistiu a disponibilidade de captação de capital externo, proveniente da reciclagem dos recursos dos países exportadores de petróleo. Assim, frente à queda dos seus balanços comerciais, os nossos países se utilizaram do endividamento para enfrentar a crise de 74-75. A América Latina aumentou seu nível de endividamento, de Us\$ 30 bilhões em 1976, para US\$ 368 bilhões em 1985, segundo Fleury (5), que acrescenta:

“Segundo estudo realizado pela UNICEF, citando levantamento do BID para o período 1976/80, o simples valor para o pagamento dos juros do serviço da dívida externa na América Latina somava 47% das exportações totais da região”.

Estes aspectos conjunturais somam-se aos estrangulamentos estruturais das economias latino-americanas.

A estratégia de desenvolvimento “voltado para dentro” apregoada pela CEPAL, tendo a industrialização substitutiva de importações como motor da economia, não foi capaz de romper a relação da dependência da “periferia” em relação aos países centrais. Nos

(5) Fleury, Sonia, “O Custo Social de Pagamento da Dívida na América Latina”, mimeo, 1988.

anos da primeira crise (1974-75), boa parte dos países latino-americanos ainda se encontrava na fase de substituição de importações de bens de consumo duráveis (eletrodomésticos, p. ex.) para cuja produção necessitavam importar maciçamente equipamentos e maquinaria dos países avançados, além, obviamente, de recursos financeiros.

Mesmo os países como Brasil, México e Argentina que nessa época já começavam a substituir importações de bens de capital (maquinaria pesada, etc.), passaram a uma nova fase de dependência: a tecnologia convertendo-se em grandes exportadores de capital através do pagamento de royalties, por um lado, e do serviço da dívida externa que contraíram para empreender essa nova etapa na industrialização, por outro.

Esse é o quadro dos países de "capitalismo tardio", (6) isto é, dos países nos quais o modo de produção capitalista se tornou dominante, através do processo de industrialização, numa época em que os países centrais já se encontravam na fase monopolista do capitalismo.

Independentemente do tipo de industrialização (em bens de capital ou em bens de consumo) que os países latino-americanos empreendessem, o seu modelo de crescimento teve um traço comum: a concentração da renda e a inequidade.

Embora a crise de 1974-75 tenha sido bastante intensa, ela teve curta duração na América Latina; e seu impacto nas políticas sociais pouco fez-se sentir, pela disponibilidade de "petrodólares" no mercado internacional que permita cobrir déficits na balança comercial destes países.

Os efeitos desse endividamento externo para fazer face ao declínio do volume e dos preços das exportações e, ainda, ao aumento dos preços do petróleo e outros insumos importados estão, no entanto, presentes na crise dos anos oitenta, como veremos a seguir.

Nesta nova década, o panorama internacional manteve a deterioração dos termos de intercâmbio, provocada pela progressiva queda na cotação internacional dos produtos primários exportados. A este quadro soma-se uma retração do mercado financeiro, conseqüentemente acompanhada de um vertiginoso aumento das taxas de juros dos bancos credores estrangeiros. Como os contratos de empréstimos contraídos nos anos setenta foram efetuados a taxas de juros variáveis, o serviço da dívida externa aumentou aceleradamente, num processo incontrolável.

Diante da escassez de capital no mercado internacional, dos crescentes déficits comerciais dos países latino-americanos e da vertiginosa ascensão do serviço da dívida externa, colocam-se restrições internacionais cada vez maiores à renegociação da dívida e à captação

(6) Cardoso de Mello, J. M. "O Capitalismo Tardio", Ed. Brasiliense, São Paulo, 1982.

de novos recursos, que submetem nossos países à tutela do Fundo Monetário Internacional.

O receituário ortodoxo do FMI é conhecido: ao invés de tratar a balança comercial como resultado da política de desenvolvimento econômico, o Fundo inverte a lógica e subordina essa política a metas de aumento do saldo comercial.

Nesse sentido, os países orientam suas prioridades para o aumento das exportações e retração do consumo interno, com vistas a reduzir as importações. A contenção da demanda é, ainda, a principal ferramenta ortodoxa contra a inflação, sendo este o argumento reiteradamente utilizado para justificar a adoção de políticas de ajuste profundamente recessivas.

Assim, assistimos na década de oitenta a uma das mais vorazes políticas de achatamento salarial, através do qual caiu velozmente a demanda interna de bens de consumo e duráveis. A queda do consumo, aliada a restrições tributárias e/ou legais às importações, provocaram um decréscimo na produção e, conseqüentemente, no nível de emprego.

Aumento do desemprego aberto, reduções no produto e na renda nacional configuram uma séria recessão na América Latina, como pode-se observar nos indicadores abaixo.

Entre 1980 e 1985, as medidas recessivas apontadas provocaram uma diminuição do Produto Interno Bruto latino-americano em 10%, como mostra a tabela 1.

No que tange ao mercado de trabalho urbano, a taxa de desemprego aberto aumentou, de 6,5% em 1970, a 10,4% em 1983 (ver na Tabela 2), para América Latina como um todo. Isso acarretou um substancial crescimento do mercado informal de trabalho, que chegou a representar, em 1982, 43% do emprego no Peru, 33% no Chile, 31% na Colômbia e 23% na Argentina.

Por outro lado, no setor formal da economia os salários reais caíram em 8,4% no período de 1980-85 no que tange à indústria latino-americana. Deve-se observar que o salário mínimo médio da região sofreu uma diminuição relativa ainda mais importante (11,4%), segundo dados do PREALC.

O caso do Chile, que seguiu à risca o receituário do FMI, ilustra as considerações tecidas acima sobre a crise econômica latino-americana e seu tratamento.

Em 1982, o Chile apresentou uma queda no PIB per capita de 15,5% e no consumo pessoal per capita de 19,1%, reflexo, por um lado, de uma diminuição de 2,9% dos salários reais contraposta a um aumento de 9,9% dos preços ao consumidor e, por outro, de um aumento da taxa de desemprego urbano de 22% em relação ao ano anterior. Este foi o preço para

se obter uma redução do déficit da balança comercial, que passou de 88,4% do valor das exportações em 1981 a 48,5% em 1982, com o qual o Chile aumentou relativamente o pagamento do serviço da dívida.

TABELA 1

América Latina e Caribe (23 países)
Principais Indicadores Econômicos

INDICADORES	1980	1981	1982	1983	1984	1985 (a)
PIB a pr. de merc. (índice, base:1980=100)	100,0	100,4	99,0	96,5	99,6	102,8
População (milhões de hab.)	356	364	373	381	390	399
PIB por habitante (índice, 1980=100)	100,0	98,1	94,4	89,9	90,7	91,1
<u>Taxas de crescimento:</u>						
Produto Interno Bruto (PIB)	5,3	0,4	-1,5	-2,5	3,2	2,1
PIB por habitante	2,8	-1,9	-3,7	-4,8	0,8	0,5
Preços ao consumidor (b)	56,1	57,6	84,8	131,1	185,2	328,3
Poder de compra das exportações	12,4	0,3	-7,5	5,2	11,6	-4,6
Valor das exportações	32,3	7,6	-8,9	0,1	11,5	-5,7
Valor das importações	34,9	7,8	-19,8	-28,5	5,0	-1,9
<u>Valores (us\$ bilhões)</u>						
Exportações	89,1	95,9	87,4	87,5	97,5	91,9
Importações	90,5	97,6	78,3	56,0	58,8	57,6
Saldo comercial	-1,4	-1,7	9,1	31,5	38,7	34,3
Pagamento ut. e juros (c)	17,9	27,1	38,7	34,2	36,1	35,1
Movimento líquido de capitais (d)	29,5	37,3	19,8	3,0	10,3	4,7
Balanço global	1,4	-2,8	-21,0	-4,4	9,3	0,3
Dívida ext. global bruta (e)	222,5	277,7	318,4	344,0	360,4	368,0

Fonte: CEPAL. El problema de la deuda : gestación, desarrollo, crisis y perspectivas, 1986.

Reproduzido em: Fleury, op. cit. - tradução nossa

a) Estimativas preliminares

b) Variação de dezembro a dezembro

c) Índice transferências unilaterais privadas líquidas

d) Ind. capital e longo e curto prazo, transf. unilat. oficiais e erros e omissões

e) As estimativas incluem dívidas de longo, médio e curto prazos

Diante desse quadro recessivo acrescido de uma política de contenção do déficit público, o gasto social, na América Latina, sofreu sérios impactos.

Por um lado, a diminuição do salário real e do nível de emprego afetaram imediatamente um setor altamente sensível pela sua forma de financiamento: a seguridade social. Como seus recursos provêm de contribuições de empregados e empresas que incidem sobre a folha de salários, a seguridade social latino-americana sofreu uma brusca queda nas suas receitas.

Esta contração do valor das contribuições previdenciárias determinou uma diminuição de 17% do valor real das pensões per capita do Chile, entre 1970 e 1980, segundo Mesa-Lago (7). No Brasil, não só caiu o valor real dos benefícios pecuniários, como também foi criada uma contribuição compulsória para os aposentados, de 3% sobre o valor de suas aposentadorias.*

A esse problema, deve-se acrescentar a diminuição da cobertura da seguridade social ocasionada pelo emprego. Na maioria dos países latino-americanos, nos quais o direito aos benefícios previdenciários está associado à contribuição e, portanto, à inserção no mercado formal de trabalho, quedas no nível de emprego equivalem a aumento do número de desprotegidos pela seguridade social. Observe-se que, como mostra Isuani (8) na Tabela que reproduzimos (n.º 2) há, ainda, defasagens entre a População Economicamente Ativa (PEA) formal e a assegurada na América Latina, o qual vem agravar a situação que descrevemos acima.

No que tange a gastos em saúde pela seguridade social, não dispomos de dados para América Latina mas tudo indica que, em países em que não há contribuições específicas para a saúde, os gastos para este programa tenham caído mais que proporcionalmente. No caso do Brasil, o gasto em saúde que representava, em 1976, 31,5% do gasto previdenciário, passou a 22,0% em 1983. (9)

Por outro lado, no que diz respeito aos programas sociais custeados por recursos fiscais, estes sofreram o mesmo impacto da crise. As mencionadas quedas na produção e o consumo latino-americano ocasionaram decréscimos na arrecadação tributária que reduzem em menores receitas dos Estados Nacionais. Mas é fundamentalmente à política explícita de redução do gasto público e ao baixo poder de barganha das áreas sociais na partilha dos recursos dos governos nacionais que se deve imputar a magreza dos gastos sociais.

Concomitantemente ao caráter residual da alocação de recursos nos setores sociais, em relação aos setores diretamente produtivos da economia e aos de defesa nacional, cabe ressaltar outra característica perversa das políticas sociais na América Latina, referente ao seu duplo perfil.

(7) Mesa-Lago, C. "Diversas Estratégias frente a la crisis de la seguridad social: Enfoques socialista", de Mercado y Mixto.

(8) Isuani, E. A. "Seguridade Social y Asistencia Pública".

* Atualmente extinta.

(9) Núcleo de Estudos de Políticas Públicas, UNICAMP, Brasil—1985: Relatório sobre a situação do País.

TABELA 2
PEA formal e assegurada na América Latina
1970 e 1979/80
(Porcentagem da PEA)

Países	Formal		Assegurada	
	1970	1979-1980	1970	1979-1980
Argentina	78	74	68	52
Bolívia	27	26	9	18
Brasil	52	56	27	49
Colômbia	60	59	18	21
Costa Rica	69	73	38	49
Chile	74	71	69	64
El Salvador ^a	56	51	8	13
Guatemala	46	49	27	34
México	57	60	25	34
Panamá	53	55	35	46
Perú ^a	42	45	36	29
Uruguai	77	73	95	83
Venezuela	58	69	24	32

Extraído de Isuani, E. Seguridad Social y Asistencia Pública, op.cit.

Na maior parte dos países do nosso continente, os benefícios da seguridade social destinam-se exclusivamente aos contribuintes do sistema, isto é, à população economicamente ativa inserida no mercado formal de trabalho e, às vezes, aos seus dependentes. O outro perfil das políticas sociais é o da assistência pública, destinada à população carente não vinculada à previdência social.

Como aponta Isuani (10), “enquanto nas políticas de seguridade social o benefício é um direito que o indivíduo possui dada sua contribuição ao financiamento do mesmo, as políticas de assistência pública revestem-se de um caráter caritativo, uma dádiva aos setores mais necessitados”. (11)

Este perfil duplo das políticas sociais latino-americanas, por se constituírem em direito ou em dádiva segundo o prestador e a correspondente clientela, gera a existência de cidadãos “de primeira” ou “de segunda” categorias, ou melhor, a negação da cidadania para amplas parcelas da população. Assim, as políticas governamentais nos setores sociais têm sido marcadas por uma postura assistencialista e um caráter fundamentalmente compensatório.

(10)Isuani, E. A. op. cit.

(11) Tradução nossa.

São compensatórias em relação à ausência de definição de uma política real de *desenvolvimento* econômico (e não meramente de *crescimento* econômico, como tem sido até hoje) cuja estratégia seja o crescimento associado a uma política de emprego e desconcentração de renda que constitua em reais cidadãos as enormes parcelas de população hoje relegadas à miséria e à condição de "receptores de dádivas estatais".

Nos últimos anos, a ascensão de governos democráticos na Argentina, Brasil e Uruguai renovou as esperanças de reversão deste quadro.

Os modelos heterodoxos de desenvolvimento adotados pelos dois primeiros países e pelo Peru, de compatibilização do crescimento econômico com recuperação do nível dos salários resultaram de tentativas de pactos sociais entre governo, empresas e trabalhadores. Verificou-se um geral aumento do PIB (1), liderado pelo caso brasileiro, que alcançou em 1985 e 1986 taxas de 8%.

Entretanto, com exceção do Brasil, estes países sofreram, nos governos autoritários, um verdadeiro sucateamento do parque industrial, cuja reconstrução requer um volume expressivo de investimentos. A estas dificuldades somam-se os estrangulamentos estruturais a que nos referimos anteriormente.

No caso brasileiro, o fracasso do modelo heterodoxo de combate à inflação é produto, por um lado, da correlação de forças das diversas frações de classes da sociedade brasileira e, por outro, da rigidez da proposta do "Plano Cruzado".

De forma geral, apesar dos esforços mencionados, a América Latina ainda se depara com o pesadelo da dívida externa, que inevitavelmente acarretou uma contenção dos gastos públicos com efeitos sobre o financiamento das políticas sociais.

Por outro lado, cabe lembrar que a tradicional dicotomia no tratamento das áreas sociais e econômicas não foi superado até hoje pelas políticas governamentais. Como afirma Rezende (12), "a predominância das considerações econômicas na formulação das políticas de desenvolvimento não resulta da miopia dos *policy-makers* ou da ausência de proposições alternativas, mas sim, do baixo grau de organização social que favorece a submissão do Estado a interesses da minoria. A centralização do processo decisório, a privatização do Estado, a subordinação a interesses internacionais, o caráter a-histórico das interpretações econômicas freqüentam a relação de problemas que os analistas sócio-políticos das políticas de desenvolvimento têm-se cansado de denunciar. Nos ciclos de prosperidade, os conflitos são menos expostos em virtude de a expansão do emprego e dos salários nos

(12) Rezende, F. op. cit.

setores modernos apaziguarem os segmentos mais organizados das classes trabalhadoras. Nos ciclos recessivos, a incidência dos efeitos negativos nos mesmos grupamentos sociais produz efeito inverso. É neste momento, portanto, que reabre-se o debate sobre o caráter perverso das estratégias de desenvolvimento, justamente quando as restrições à mudança tornam-se mais acentuadas.”

2. O CASO DO BRASIL

2.1. A crise e políticas sociais

O Brasil, diferentemente de outros países da América Latina, não seguiu o caminho do ajuste a partir da crise do petróleo, de 1974, optando por uma estratégia de crescimento com endividamento. Foi através deste recurso que o II PND definiu a prioridade na produção de bens de capital e insumos industriais, ultrapassando a fase de substituição de bens de consumo duráveis. Essa prioridade é traduzida pela concentração dos investimentos naquele setor, como mostra a tabela 3.

TABELA 3
Participação relativa dos principais setores industriais
no investimento total no setor manufatureiro
US\$ milhões

	(US\$ milhões)			
	1969	1973	1975	1979
<u>Bens de Produção</u>				
Metalurgia	9,8	27,1	34,5	30,1
Material de Transp.	24,2	29,7	15,8	14,7
Produtos Químicos	13,3	15,8	11,9	18,7
Subtotal	47,3	62,6	62,6	63,5
<u>Bens de Consumo</u>				
Têxtil e Vestuário	16,5	6,3	5,3	2,6
Alimentos	6,6	6,6	4,7	6,2
Bebidas e Tabaco	4,8	2,1	2,8	3,1
Subtotal	27,9	15,0	12,8	11,9

Fonte: Banco Mundial, Política e Industrial e Exportação de Manufaturados do Brasil, Rio de Janeiro, 1983.

Tabela extraída de Medeiros, C. Os Impactos Sociais da Crise Econômica, Políticas Sociais e Transição Democrática.

Um empreendimento dessa magnitude não só requisitou a captação de volumosos empréstimos externos como também mudou o perfil das importações, em atenção à demanda do processo industrial em curso. Por outro lado, os produtos manufaturados passaram a ter uma importante participação nas exportações, (3,3% em 1982).

A política de crescimento com endividamento dos anos setenta mostrou suas implicações na crise de 1979-84. Dessa vez, frente à escassez de capital no mercado internacional e às decorrentes elevações das taxas de juros e, por outro lado, em face do acúmulo de déficits na balança comercial, aquela política mostrou-se inviável. Em sua substituição, implementou-se o receituário ortodoxo de política econômica do Fundo Monetário Internacional que, como já foi apontado, focaliza principalmente o aumento da liquidez dos países devedores através da obtenção de superávits nos balanços comerciais. Ao mesmo tempo, a fórmula do FMI foi apresentada como instrumento de combate à inflação brasileira que, em 1979, já alcançava a taxa de 223,8% a.a.

Dessa forma, a estratégia implementada foi, por um lado, uma real redução da demanda interna e uma propalada diminuição do gasto público, visto como o principal causador da dívida pública contraída no período anterior e, por outro, o estímulo às exportações. Ou seja, caminhou-se no sentido de um deslocamento da demanda interna para a externa, como fonte de expansão do capital.

Com esse objetivo, foram executadas políticas de subsídios e câmbio altamente protetoras dos setores exportadores, em função do qual, se por um lado se obteve um real aumento das exportações, por outro a política agrícola voltou-se fundamentalmente para o exterior, esquecendo a produção de alimentos para consumo interno.

A contenção da demanda foi efetivamente lograda, como expressam as taxas de crescimento anual da demanda agregada interna nesse período: de 5,7% em 1980 esta passou a -5,1% em 1983.

Os instrumentos utilizados para obter esses resultados são por demais conhecidos: achatamento salarial, restrição ao crédito, aumento da taxa interna de juros, contenção da oferta monetária e diminuição do investimento público.

Os efeitos dessas medidas foram, obviamente, a queda da produção voltada para o consumo interno, e, conseqüentemente, o aumento do desemprego aberto. O quadro abaixo mostra as implicações, a nível do emprego, da diminuição de 4,0% do produto real da indústria no período de 1981-83.

Medeiros (13) analisa o aumento da pobreza no Brasil, destacando que, "se considerarmos como mise-

(13) Medeiros, C. "Os Impactos Sociais da Crise Econômica, Políticas Sociais e Transição Democrática, CEPAL, 1986.

TABELA 4

Total de desempregados e taxa de desemprego aberto,
1979 - 1983

ANOS	Taxa de Desemprego (%)	Total Desempregados (milhões de pessoas)
1979	4,1	1,2
1980	4,6	1,5
1981	5,8	2,0
1982	5,6	2,0
1983	6,3	2,4

Fonte:

Políticas de Estabilização e Emprego: o caso do Brasil: 1980-81, Ministério de Trabalho - 1984, in: Medeiros op. cit.

rável a população cujo rendimento vai até 1/2 salário mínimo, de indigente os que percebem uma renda de 1/2 a 1 s. m. e como pobres as pessoas que recebem de 1 a 2 s. m.", verifica-se a seguinte distribuição da população de baixa renda brasileira segundo classe de carência, em 1984: 21,9% eram miseráveis, 37,2% indigentes e 40,9% pobres.

A queda da produção, expressa na diminuição da taxa de crescimento do PIB (que passou, de 6,4% em 1979 a -3,2% em 1983) com o decorrente aumento da taxa de desemprego configuram um agudo quadro recessivo ao qual, contrariamente ao que defendiam os economistas ortodoxos, a inflação ficou absolutamente imune.

Diante deste quadro recessivo, em que as empresas privadas se encontravam sem liquidez, os bancos privados brasileiros passaram a dar preferência, na concessão de seus empréstimos, àquelas empresas "sem risco de quebra" que são as estatais. Assim, segundo Tavares e Assis (14), "o sistema bancário diminui o mais que pode o refinanciamento da dívida do setor privado mais debilitado e se obriga, na prática, a ampliar em ritmo acelerado o refinanciamento do setor

(14) Tavares, Maria da Conceição e Assis, J. Carlos. "O Grande Salto para o Caos", Ed. Zahar, Rio de Janeiro, 1985.

público, que se supõe não vá quebrar". Dessa forma, assiste-se a uma estatização da dívida, ou seja que o setor público passa a ser financiado pelo setor privado a uma elevada taxa de juros (da ordem de 40% a.a.), enquanto os órgãos estatais de financiamento, como o Banco do Brasil e o BNDES assumem, em contrapartida, o financiamento do setor privado, ao invés de canalizarem seus recursos para o setor estatal.

Os efeitos da crise sobre as políticas sociais no Brasil dão-se a partir das principais vertentes de seu financiamento: as receitas tributárias, as receitas previdenciárias, provenientes de contribuições sobre os salários, as receitas constitutivas do "patrimônio" dos trabalhadores, advindas de contribuições compulsórias das empresas sobre a folha de salários e as receitas do Fundo de Assistência ao Desenvolvimento Social (FAS) provenientes da arrecadação em sorteios e loterias. Em 1982 cria-se outro fundo, o FINSOCIAL, para fazer face aos efeitos da crise, como veremos.

a) No que tange às receitas tributárias da União, estas caíram, em valores reais, em 5% de 1982 a 1984. Como a receita ortodoxa de ajuste à crise enfatizava os cortes nos gastos públicos e tendo em vista essa contração das receitas da União, a relação gastos da União/PIB, que em 1970 era de 14,0%, passou a 9,0% em 1983.

Em 1982, para fazer face à crise de arrecadação pública, foi criado um instrumento parafiscal, o FINSOCIAL. Este Fundo, que na prática funciona como um tributo, é constituído por verbas provenientes da taxação de 0,5% dos rendimentos brutos das empresas privadas e estatais. Junto às demais contribuições a que nos referimos anteriormente, tem um peso importante no total de recursos alocados às áreas sociais.

Como medida compensatória ao desemprego e ao achatamento salarial, existiam em 1980 cinco programas de nutrição e suplementação alimentar vinculados ao Ministério do Trabalho e ao Ministério da Saúde, tendo como população-alvo mulheres e crianças. Comentamos, a seguir, os dois mais importantes.

O Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE) que visa à distribuição de merenda escolar para crianças de 7 a 14 anos, teve sua cobertura afetada pelas elevadas taxas de evasão escolar.

O Programa de Alimentação do Trabalhador (PAT), cujo objetivo é complementar a alimentação dos trabalhadores de baixa renda, é financiado por contribuições voluntárias das empresas, para o qual estas recebem incentivos fiscais. Como são as maiores as que têm interesse em diversificar suas deduções do imposto de renda devido, este programa tem, em geral, se limitado a atender aos trabalhadores das grandes empresas, isto é, aos mais bem remunerados.

b) Em relação aos recursos previdenciários, estes sofreram uma diminuição proporcional à queda de sua principal fonte de recursos: a massa salarial.

O aumento do desemprego no mercado formal de trabalho e, por outro lado, o achatamento salarial foram os grandes responsáveis pela compreensão das receitas previdenciárias que, em 1980, tiveram um crescimento negativo, de -6,0% a.a. (15). Por outro lado, aumentaram fortemente nesse período as sonegações das empresas, inclusive públicas; e a União reduziu drasticamente suas transferências ao Fundo de Previdência e Assistência Social (FPAS) em 1980, passando a participar nas receitas previdenciárias com apenas 3,4%, em contraposição aos quase 10% dos anos setenta.

Essa situação é verificável no quadro 1.

QUADRO I

Taxas reais de crescimento da receita do sistema previdenciário

TIPO DE RECEITA	1971-74	1975	1976	1977	1978	1979	1980
Receita de Contribuições	19,8	17,6	13,3	11,0	8,6	7,0	-6,0
Receita Total FPAS	18,2	17,9	13,9	8,8	10,9	1,9	-5,3

FONTE: IAPAS/MPAS

Extraído de: Braga, J.C. e Silva, P.L. A Crise Previdenciária: Sinais de Impasse na Política Social.

Por sua vez, a assistência médica do complexo previdenciário, como não conta com uma alíquota específica sobre as contribuições, no sistema brasileiro, declinou sua participação no gasto previdenciário, de 31,6% em 1976 para 27,3% em 1980 e 22,0% em 1983, quando apresentou a mais baixa participação de sua história.

(15) Braga, J. C. e Silva, P. L. "A Crise Previdenciária: Sinais de Impasse na Política Social", mimeo.

A política de saúde neste período é apresentada, especificamente, no item 2.3 deste trabalho.

c) No que tange aos programas financiados pela poupança compulsória dos trabalhadores (FGTS), isto é, aos programas habitacional e de saneamento, eles sofreram o mesmo impacto da crise do que os programas previdenciários, pois o seu financiamento tem a similaridade de incidir sobre a folha de salários, e, nesse sentido, depende do nível de emprego e dos níveis salariais. Mas eles são sustentados também por recursos provenientes das cadernetas de poupança e de letras imobiliárias, cujo montante obviamente se reduziu no período da crise.

Nesse sentido, estes programas seguiram a lógica da lucratividade, financiando habitações que se destinavam a população de média ou alta renda. Ou seja, justamente nesse período de maiores carências habitacionais, com aumento substancial da população favelada, não só se deu a contração dos recursos como a política continuou voltada para a atenção dos segmentos populacionais menos necessitados.

As considerações tecidas acima nos mostram que as políticas sociais implementadas nesse período foram absolutamente incapazes de contra-restar os efeitos da crise.

Por outro lado, cabe reiterar as características destas políticas no regime burocrático-autoritário: pretensão compensatórias dos efeitos da concentração da renda, privatistas e centralizadas.

2.2 A Recuperação Econômica e Políticas Sociais

Após o ano de recessão mais intensa (1983), começa um período de gradual recuperação, a partir de 1984. A indústria, que em 1983 teve um crescimento negativo de -5,3%, recuperou-se em 1984, crescendo à taxa de 6,7%.

Os dados do quadro abaixo mostram que o principal foco de crescimento industrial em 1984 foi o setor exportador, representado pela indústria extrativa mineral, pelos bens de capital e bens intermediários.

Entretanto, a situação se reverte no período 1985/6, quando a principal alavanca do crescimento industrial passa a ser o mercado interno. Este começou a ser aquecido em 1985, através de uma política explícita de redução do desemprego e um aumento de 12,3% dos salários médios na indústria (16) provocada pelo crescimento de postos de trabalho de maiores salários (17). A indústria, com 13,6% de crescimento do emprego, participou com mais de 31% do total de empregos gerados (16). Mas o auge do aquecimento do consumo interno se dá em 1986 através do plano heterodoxo de combate à inflação, via congelamento de preços,

(16) NEPP/UNICAMP, Brasil, 1985. Relatório sobre a Situação Social do País, Campinas, 1986.

(17) Instituto de Economia Industrial, Boletim de Conjuntura, 1986, Vol. 6.

conhecido como "Plano Cruzado". Observe-se na tabela 5 a recuperação dos setores de bens de consumo nesses anos.

TABELA 5

Taxas médias anuais de variação da produção física da indústria

SETORES INDUSTRIAIS	1982	1983	1984	1985	1986
Geral	-0,2	-5,3	6,7	8,5	9,4
Extrativa Mineral	5,3	14,3	27,3	11,5	11,3
Transformação	-0,3	-5,9	6,0	8,3	9,3
Bens de Capital	-13,4	-19,1	12,8	12,3	13,6
Bens Intermediários	2,5	-2,7	9,9	7,2	8,1
Bens de Consumo Duráveis	7,8	-3,5	-4,5	15,1	22,4
Bens de Consumo Não - Duráveis	1,9	-5,0	-1,2	7,9	8,6

FONTE: IBGE, in Medeiros, op. cit

(1) Jan. - Março 86

Foram expressivos os impactos do plano de estabilização sobre o salário médio real, o nível de emprego, a expansão do consumo e do investimento. Verifica-se um aumento maior da renda real do setor informal e autônomo (43,1%) do que no setor formal do mercado de trabalho (7,9%) em 1986. (18)

Além do aumento da renda real, houve uma importante recuperação do nível de emprego. O emprego formal aumentou em 5,48% nesse ano, provocado pelo aquecimento da economia nesse período, a taxa de investimento global passou de 16,8% em 1983 para 19,2% em 1986, e por uma política explícita nesse sentido assumida pela Nova República, como expressam tanto o documento "Brasil 2000, Para um Novo Pacto Social", organizado por Hélio Jaguaribe, como o IPND da Nova República. As principais metas colocadas nesses documentos são:

— o crescimento do PIB em torno de 6% a.a. e da PEA, em 2,5% a.a.

(18) Dados extraídos do IEI, Boletim de Conjuntura Econômica, Vol. 7, n: 1, 1987.

- o aumento da produtividade geral da economia
- a elevação do salário mínimo e redução das desigualdades de renda
- o crescimento do nível de emprego.

Em função da recuperação econômica expressa nos indicadores apresentados acima, a receita do Tesouro cresceu substancialmente em 1986, superando até mesmo as previsões oficiais para esse ano. Ela alcançou 370,6 bilhões de cruzados, ou 10,3% do PIB que, como se observa no quadro 2, é a percentagem mais alta da década de oitenta.

QUADRO 2

Receita do Tesouro - 1980/86

	80	81	82	83	84	85	86
Receita (em bilhões de cruzados)	1,2	2,3	4,6	11,3	22,8	134,5	370,6 ⁽¹⁾
Receita/PIB (2) em (%)	9,6	9,1	9,6	9,6	8,7	9,8	10,3

(1) Exclui receita com a venda de produtos agrícolas

(2) Cálculo efetuado com base nos novos valores do PIB resultantes da revisão das Contas Nacionais.

FONTE: IEL, op. cit.

Interessa-nos, por ora, considerar o seu volume global, para analisar as potencialidades do gasto público nos setores sociais, que apresentamos a seguir.

Como mostra a tabela 6, verificou-se uma elevação, a partir de 1984, da percentagem dos gastos da União (*) destinados a programas sociais. Estes, que em 1979 representavam 30,0% das despesas, caíram em 1983 para 25,8% e se recuperaram nos anos seguintes, passando a 26,3% em 1984, 30,0% em 1985 e 22,9% em 1986. Deve-se ressaltar, em relação a este último dado, que, apesar de os gastos sociais terem uma menor participação em 1986, seu valor real foi o maior do período 1978-86.

No entanto, apesar da recuperação da participação do gasto social nas despesas da União a partir de 1984, cabe observar que este, visto em relação ao PIB, não alcançou os níveis dos anos anteriores.

(*) Estes são relativos às despesas efetuadas com recursos do tesouro, excluindo, portanto, os gastos realizados com receitas de contribuições previdenciárias.

TABELA 6

Brasil: Evolução do PIB e do gasto social Federal
1980 - 1986

Em Cz\$ Milhares Correntes				
ANO	PRODUTO INTERNO BRUTO (A)	GASTO SOCIAL FEDERAL		RELAÇÃO (B/A) (%)
		TOTAL (B)		
1980	12.639.293	1.164.085		9,21
1981	24.737.492	2.483.678		10,04
1982	48.147.762	5.153.668		10,70
1983	118.194.847	11.051.087		9,35
1984	387.967.701	30.651.934		7,90
1985	1.406.077.084	116.934.009		8,32
1986	3.687.473.148 (1)	319.166.501		8,66

FONTE:

CON/IBRE/FGV, "Revista Conjuntura Econômica", V.44 de maio/1987.
Conta Social Consolidada (CSP/IPLAN/IPEA).

(1) Resultados Preliminares.

in: Vianna, S.Piola, S. e Baptista, M.L. Recessão e Gasto Social: A
Conta Social Consolidada, 1980-1986
IPEA, 1987.

A composição do gasto manteve-se constante, na qual as despesas de Assistência e Previdência com recursos do Tesouro Nacional lideraram (com participação de 12,5% em 1984, 13,1% em 1985 e 8,1% em 1986), seguidas pelas de Educação (10,3%, 12,9% e 10,5%, respectivamente) e, numa grande distância numérica, pelo setor saúde, que foi responsável por 2,5%, 3,3% e 2,9% do gasto federal nesses anos.

Em termos de *programas* sociais, aquele que mostrou um maior crescimento nesse período foi o de *Alimentação e Nutrição*, em decorrência de o IPND (NR) definir, dentre suas metas prioritárias, a distribuição gratuita de uma cesta de alimentos básicos à população materno-infantil, a manutenção da merenda escolar, a venda de alimentos básicos a preços subsidiados à população carente do Nordeste e a distribuição de leite in natura para crianças de até 4 anos de idade.

Este último é o único programa verdadeiramente novo da Nova República nessa área e nela recebeu prioridade juntamente ao programa de Suplementação Alimentar.

A estes se programou a destinação de, respectivamente, 50% e 36% das verbas de Alimentação e Nutrição em 1986.

Entretanto, como indica Medeiros (19), estes programas apresentaram sérias deficiências, tanto em relação à escassez e/ou má utilização dos recursos, como pela distorção dos objetivos e, ainda, pela falta de integração entre as diversas agências executoras.

Em relação a outra política implementada com recursos do Tesouro Nacional, a de *Transportes Coletivos*, observa-se que a elevação do preço das passagens (ocasionada pelo aumento do preço dos combustíveis derivados do petróleo) somada ao achatamento salarial sofrido no período 1979/84, criaram uma situação insustentável para o trabalhador.

Este fato é ilustrado pelos dados acerca da participação dos transportes nos gastos familiares (20) no município de São Paulo, que passou de 4,2% para 7,7%, nos períodos 1971/72 e 1981/82, para as famílias com renda de até 2 salários mínimos.

Diante dessa situação, o I PND (NR) aponta, como uma meta do Ministério dos Transportes, "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".

Em coerência com essa proposta foi aprovado, em dezembro de 1985, o programa do "Vale-Transporte". Este consiste na aquisição, por parte das empresas, junto às companhias de transportes, de vales de 50 ou 100 passagens de ônibus por mês para uso dos trabalhadores, segundo suas necessidades. Seu financiamento incide, por um lado, sobre os empregados, que aportam com 6% de seus salários e, por outro, sobre as empresas, que arcam com o diferencial do custo. Na realidade, é sobre a sociedade como um todo que cai o ônus deste programa, pois parte do aporte das empresas é ressaltada mediante isenções fiscais e a outra deve ser certamente repassada aos preços dos produtos em geral.

(19) Medeiros, C. A., op. cit.

(20) Fundação Instituição de Pesquisas Econômicas (FIPE), Pesquisa de Orçamentos Familiares.

Cabe observar, que este programa é facultativo às empresas, o qual reduz a potencialidade de seu impacto social. Como sua adoção depende da negociação coletiva entre as confederações patronais e os sindicatos dos trabalhadores e, tendo em conta as marcantes diferenças no grau de organização dos sindicatos brasileiros, certamente só os mais fortes serão capazes de conquistar esse benefício. Por outro lado, destina-se exclusivamente aos trabalhadores do mercado formal, excluindo os desempregados e subempregados, que ainda constituem uma importante parcela da população brasileira.

Infelizmente, não dispomos de informações que nos permitam uma avaliação do impacto deste programa, que teria, se excluídas as restrições acima apontadas, grandes potencialidades de impacto sobre a renda real dos trabalhadores que, em 1982, gastaram em São Paulo, como nos referimos anteriormente, quase 8% de seus rendimentos em transporte.

Outra política social potencialmente importante é a de *Habitação e Saneamento*. A herança do período autoritário nesta área é desoladora. Como já indicamos, o financiamento, com recursos da poupança compulsória dos trabalhadores, destinou-se à população menos necessitada, aprofundando ano a ano o déficit habitacional dos setores de baixa renda. Além da distorção dos objetivos do programa e de sua baixa cobertura, o NEPP (21) aponta para outras deficiências, tais como: o uso político dos recursos, a baixa participação da população nos programas, a má qualidade das habitações construídas e a forte privatização dessa política pública.

Deve-se acrescentar a estas a instabilidade de seu sistema de financiamento, baseado nas folhas de salários e, portanto, dependente do nível de emprego e dos salários.

O I PND (NR), diante desse quadro, definiu como meta o aumento da oferta de habitação, mediante o financiamento de 1,9 milhões de moradias, bem como a extensão da rede de esgotos e de água potável.

Medeiros (22) destaca as seguintes medidas implementadas pela Nova República em relação ao programa de Habitação e Saneamento:

- “ — Destinação de recursos orçamentários a fundo perdido para custeio dos programas sociais;
- mudanças na legislação do FGTS visando conter a alta rotatividade de mão-de-obra mediante introdução de alíquota específica sobre a dispensa injustificada de mão-de-obra;
- facilitar aos trabalhadores o acesso ao direito de saque mediante revisão na legislação do FGTS;

(21) Núcleo de Estudos de Políticas Públicas (NEPP), Levantamento e Análises das Avaliações de Políticas Sociais, UNICAMP, 1985, mimeo.

(22) Medeiros, C. A., op. cit.

- criação de um novo tipo de cademeta de poupança que habilitasse o poupador, em determinado prazo, a obter financiamento para a compra do imóvel em valor múltiplo da própria poupança, ao qual o Poder Público agregaria, sob a forma de subsídio e a título de estímulo, percentual do montante poupado;
 - para organização do mercado de imóveis, destacam-se algumas sugestões entre as quais o estímulo à criação de mercado financeiro para desconto dos contratos de financiamento de longo prazo; estímulos ao investimento em imóvel para aluguel; estímulos fiscais para que as empresas apliquem recursos na construção de imóveis para aluguel a seus trabalhadores”.
- (23)

No que tange à Política de Saúde, optou-se por analisá-la no item específico que segue.

2.3. A Política de Saúde no Brasil

Dividido institucionalmente, desde suas origens, em ações de Saúde Pública prestadas pelo Estado e ações de assistência médica fornecidas pelas antigas Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) pertencentes às diversas corporações profissionais, o sistema de saúde brasileiro veio progressivamente aprofundando essa visão.

O marco fundamental desse processo foi o ano de 1967, com a criação do atual Instituto de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), que unificou os antigos sucedâneos das Caixas, os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) criados no período do presidente Vargas. A partir desse ano, cristalizava-se no Brasil a dicotomia do seu sistema de saúde, dividido nas ações preventivas do setor público e as ações curativas nas mãos do INAMPS.

A política de saúde no período em estudo tem seu alicerce nesse modelo implantado pelo regime autoritário. Nesse, a Previdência Social, principal fornecedora de assistência médica é o palco onde se dá uma perfeita ilustração das características da relação entre o Estado Burocrático-Autoritário e a sociedade, analisada por O’Donell (24).

Estamos nos referindo aqui ao corporativismo “bifronte” no sentido de que, por um lado, é estatizante — dado o avanço do Estado para dentro da sociedade civil — e, por outro, privatista, no sentido da incorporação, no aparelho de Estado, de representantes dos interesses do setor privado. Dessa forma, o Estado, por um lado, interveio nos antigos IAPs das diferentes categorias profissionais, unificando-os no INPS en-

(23) Medeiros, C. A. op. cit.

(24) O’Donell, G. O. “Corporativismo e a questão do Estado”, Cadernos DCP, UFMG, 1986.

quanto, por outro, abriu o espaço da prestação de serviços médico-hospitalares ao setor privado sob condições altamente favoráveis, financiando a juros muito abaixo do mercado a expansão da rede privada e garantindo a compra de serviços através do credenciamento de suas unidades.

Essa via privatizante é impressa, também, pelo poder do setor produtor de insumos (medicamentos e equipamentos) para definir a função de produção dos serviços de saúde no Brasil; assim, a Previdência Social viabilizou, concretamente, a expansão desses setores industriais, assegurando-lhes o seu mercado (25).

Dessa forma, a política de saúde caracterizou-se pela ênfase às ações assistenciais de natureza individual — isto é; curativas, em detrimento das ações coletivas empreendidas pelo Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, restritas basicamente às episódicas campanhas nacionais de vacinação, à vigilância sanitária e atenção materno-infantil.

Por sua vez, dada a marca privatista das políticas sociais acima, os serviços fornecidos pelo INAMPS foram principalmente prestados pelo setor privado, tanto a nível ambulatorial como principalmente hospitalar e de exames complementares, chegando-se em 1983 à distribuição apresentada na tabela 7.

TABELA 7

INAMPS — Distribuição de serviços, segundo prestador, clientela urbana, 1983

Serviços	Distribuição de serviços (%)			Total
	Serviços Próprios	Serviços Contratados	Serviços Conveniados	
Consultas médicas	27,0	36,0	37,0	100,0
Serviços Auxiliares	15,9	42,8	41,3	100,0
Internações	2,5	80,4	17,1	100,0

Fonte: INAMPS, INAMPS em Dados, 1983.

Cabe observar que os serviços contratados referem-se àqueles prestados pelo setor privado mediante contratos comuns de Direito Privado de compra de serviços.

(25) Cordeiro, H. "A Indústria da Saúde no Brasil", Ed. Graal, RJ, 1980.

No que tange aos serviços conveniados, estes foram — e ainda são — prestados por: a) sindicatos urbanos e (que, assim, foram induzidos a descaracterizar suas entidades, passando a ser prestadores diretos de serviços de saúde); b) empresas que adotaram sistemas de atenção à saúde para seus funcionários, prestando diretamente ou contratando fornecedores desses serviços; c) hospitais universitários, públicos e privados; d) entidades filantrópicas; e, finalmente, e) as empresas privadas que entraram na modalidade de convênio para prestar, especificamente, assistência a acidentes de Trabalho.

Deve-se salientar que a natureza dessas duas formas de relacionamento do INAMPS com os prestadores de serviços tem diferenças relativas ao sistema de financiamento, que implicou desigualdades qualitativas na prestação da atenção à saúde: enquanto os contratos pressupõem o pagamento por serviços, nos convênios os prestadores recebem um montante fixo de recursos, calculado a partir da cobertura assistencial previamente estimada, sendo esse montante, portanto, independente dos serviços efetivamente prestados. Dessa forma, no seio da própria previdência social, já se constituíam diferenciações na atenção segundo o tipo de clientela.

Essa afirmação é confirmada ao contrapor a tabela acima, referente à distribuição das prestações de serviços, segundo o tipo de relação com o INAMPS, com o quadro 3, relativo à distribuição da despesa do INAMPS com o programa Assistência Médica e Sanitária.

QUADRO 3

INAMPS — Distribuição da despesa com assistência médica e sanitária, segundo prestadores, 1983

PRESTADOR	(%) DESPESA
Serviços próprios	22,5
Serviços contratados	60,9
Serviços conveniados	16,3
-Outros órgãos governamentais	5,2
-Hospitais Universitários	3,7
-Entidades filantrópicas	3,6
-Sindicatos	1,8
-Empresas	2,0
Total	100,0

Fonte: INAMPS, INAMPS em Dados, 1983.

Observa-se que os serviços conveniados, que participaram com 37% das consultas prestadas, 41% dos serviços auxiliares e 17% das internações foram responsáveis por apenas 16% do gasto do INAMPS.

A estas disparidades entre as diversas clientela do INAMPS acresciam-se as desigualdades do acesso das diversas frações de classes sociais. Aos serviços do INAMPS acediam os trabalhadores do mercado formal urbano, os trabalhadores rurais tinham acesso aos serviços prestados pelos sindicatos — mas relativos somente à atenção primária — e as pessoas inseridas no mercado informal ficavam restritas aos poucos recursos fornecidos pelo Ministério da Saúde e Secretarias Estaduais e Municipais, também voltados basicamente a serviços primários de saúde.

Ao caráter excludente deste sistema, deve-se acrescentar sua centralização a nível federal, característica das políticas públicas do regime autoritário e, neste nível, a hegemonia do INAMPS.

Os dados da tabela 7 mostram essa concentração em sua manifestação financeira.

TABELA 8

Distribuição do gasto público em saúde

ESFERAS DE GOVERNO	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		100,0

Fonte:

GAP CNRH/IPEA Extraída de NEPP, Brasil 1985, UNICAMP, 1986.

Nesse quadro de concentração financeira nas mãos do INAMPS, as demais instituições do setor saúde passam a atrelar seus programas de atuação ao direcionamento apontado pelo Instituto, principal fonte de recursos, inclusive para o setor privado. Dessa forma, os “anéis burocráticos” constituídos pela burocracia do INAMPS e o empresariado médico e de insumos privado passam a ser os principais desenhistas da intervenção estatal no campo da saúde.

O período em estudo é rico em tentativas de reformulação da política de saúde no Brasil, provenientes de diversos segmentos do setor.

Por outro lado, a crise econômica e suas manifestações em nível de renda e emprego retiraram ao governo o apoio das camadas médias — principal sustentáculo do regime autoritário brasileiro — e populares como ficou evidenciado nos resultados das eleições de 1974. Nesse sentido, o Estado, através do II PND, priorizou a implementação de uma política social que atenuasse as desigualdades de rendas, política essa na qual a Previdência Social teria um papel fundamental. E, dessa forma, o próprio INAMPS se depararia diante da necessidade de algumas reformulações políticas que lhe possibilitassem dar conta da expansão da cobertura num período de crise no qual, por um lado aumentava a demanda de serviços, enquanto, por outro, diminuía a capacidade financeira.

A primeira tentativa de reformulação setorial é constituída pelo Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento — PIASS.

Como afirma o relatório do NEPP previamente citado “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 cobertura de espaços para a proposição de modelos alternativos de organização dos serviços de saúde, em níveis e regiões pouco atrativos à iniciativa privada” (...)

O modelo proposto era, em última instância, ampliar o escopo de atuação das Secretarias de Saúde em áreas que não se constituíam de interesse do setor privado. Apesar disso, a proposta continha implícito o fortalecimento do setor público, através da disseminação de centros de saúde nessas regiões (comunidades de até 2.000 habitantes no Nordeste), o qual vinha de encontro ao modelo assistencial hegemônico do INAMPS. Assim, a partir de 1979 o desenvolvimento desse programa foi atrofiado e em 1980 surge uma nova proposta de reorganização do sistema de saúde, o PREV-SAÚDE.

Gestado por um Grupo Técnico Interministerial, o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE) inspirou-se nas propostas da Conferência de Alma-Ata que privilegiam a atenção primária e a participação popular para a consecução da meta “Saúde para Todos no Ano 2000” e respaldou-se na experiência do PIASS no Nordeste. Assim, definia

como objetivos: a universalização da cobertura de serviços básicos; a articulação das diversas instituições do setor saúde para a oferta de serviços; a hierarquização da oferta de serviços por níveis de complexidade, tendo a atenção primária como porta de entrada; a regionalização dos serviços; a utilização de técnicas simplificadas; e, a participação comunitária.

Para o cumprimento desses objetivos propunha-se o privilegiamento da expansão da rede pública, especialmente de serviços básicos; bem como o incentivo ao regime de tempo integral e dedicação exclusiva e a definição de planos estaduais de cargos e salários, entre outros.

Como era previsível, o documento gerou sérias restrições por parte do INAMPS. Além disso, como apontam Fleury e Oliveira (26), a sua própria "paternidade" — a tecnoburocracia — gerou desconfiança por parte de todos os segmentos sociais envolvidos, sendo visto como uma proposta "progressista-autoritária". Assim, antes de ser oficializado, o PREV-SAÚDE é transformado em sua essência, tornando-se um mero projeto de racionalização do sistema de saúde, e mantendo intacto o privilegiamento do setor privado.

Em 1982, em plena crise econômica, foi o INAMPS que passou a capitanear o processo de reformulações no setor saúde, asfixiado pela queda das receitas previdenciárias (ocasionada pela diminuição da massa salarial) concomitantemente ao aumento das pressões da demanda.

Assim, é criado nesse ano o Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária — CONASP, que inicia suas atividades disciplinando, em julho de 1982, através de portaria específica, o atendimento médico hospitalar das instituições contratadas e conveniadas, no sentido de um maior controle dos gastos.

Essa portaria normatizava um número de consultas por segurado e de exames complementares por consulta, bem como propunha-se a disciplinar a autorização de novos credenciamentos e a estimular a reativação de hospitais próprios do INAMPS.

Mas o documento mais importante do CONASP é o "Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no âmbito da Previdência Social" que, a partir de um diagnóstico da privatização e desprestígio do setor público espelhado nos balanços do INAMPS (em 1981, o setor privado representava 60% do gasto desse Instituto), tentava reverter gradualmente esse quadro, através das seguintes linhas de ação:

a) A adoção de um novo sistema de remuneração do setor privado, as Autorizações de Internações Hospitalares — AIH —, em substituição ao sistema de pagamentos por unidades de serviço. Ao mesmo tem-

(26) Fleury, S. e Oliveira, J. "(Im)Previdência Social, 60 Anos de História da Previdência no Brasil", Ed. Vozes, 1986.

po, limitava-se o número de consultas por segurado e a taxa máxima de exames por consulta.

b) A implementação de um programa de racionalização ambulatorial, no sentido de aumentar a resolutivez das consultas e rebaixar os custos médios.

c) A execução de uma política de valorização de recursos humanos, através de melhorias nos níveis salariais.

d) O Programa de Ações Integradas de Saúde – AIS.

Concebidos formalmente enquanto programa, as AIS constituíram-se, na realidade, numa estratégia de reestruturação do setor saúde no Brasil, dado que propunham a regionalização do sistema de saúde e a hierarquização de *todos* os serviços de saúde, inclusive privados, instituindo mecanismos de referência e contra-referência e de vinculação da clientela aos serviços básicos de saúde. Dessa forma, criar-se-ia uma rede única sustentada por convênios entre o MPAS, o Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais de Saúde.

Além disso, o programa incorporava as medidas racionalizadoras acima citadas, instituindo um maior controle e definindo normas assistenciais para o setor privado contratado. Por outro lado, concomitantemente ao controle da despesa, formularam-se mecanismos de captação de recursos adicionais, dentre os quais destacam-se a incorporação de recursos do FINSOCIAL, a participação na captação das verbas do Instituto de Resseguros do Brasil, provenientes do seguro obrigatório de automóveis e, por fim, o aperfeiçoamento do sistema de arrecadação do IAPAS.

Por outro lado, a partir do diagnóstico da excessiva privatização do INAMPS, visava-se através deste programa, privilegiar progressivamente as Secretarias Estaduais de Saúde na contratação de serviços.

Como apontam Oliveira e Fleury (27), dado que as AIS retomaram e aprofundaram as propostas do falido PREV—SAÚDE, era de questionar a sua viabilidade; segundo estes autores, esta teria seus pilares na estratégia de implementação do Programa, fundamentada na gradualidade do processo de reestruturação do sistema de saúde e na participação ativa de vários segmentos da sociedade na condução desse processo.

A implementação dessa estratégia é verificável na tabela 8, elaborada por Médici e Silva (28).

A estrutura gerencial traçada para viabilizar essa estratégia foi a constituição de instâncias colegiadas de planejamento e gestão das AIS, que correspondem às diversas esferas de governo. Assim, a nível federal, criou-se a CIPLAN (Comissão Interministerial de Planejamento), a nível estadual as CIS (Comissões Interinstitucionais Regionais de Saúde) e, por fim, a nível municipal, as CIMS (Comissões Interinstitucionais

(27) Oliveira, J. e Fleury, S., op. cit.

(28) Médici, A. e Silva, P. L. Financiamento e gasto do Setor Saúde no Brasil até 1986: Balanço, Perspectivas e Opções de Política, mimeo, 1986.

TABELA 9

Recursos alocados às ações integradas de saúde
no período de 1983 a 1985, em Cz\$ milhões

SUPERINTENDÊNCIAS REGIONAIS	1983	1984	1985
Alagoas	-	8.522	53.330
Amazonas	-	2.379	25.774
Bahia	-	-	59.031
Ceará	665	5.329	73.152
M.Grosso do Sul	-	1.176	17.152
Espírito Santo	-	8.242	29.479
Goiás	-	1.687	31.177
Maranhão	240	5.878	96.985
Mato Grosso	-	724	12.763
Minas Gerais	195	14.567	99.572
Pará	-	-	18.216
Paraíba	-	3.024	28.477
Paraná	-	-	68.385
Pernambuco	-	10.230	128.477
Piauí	152	2.236	22.080
Rio de Janeiro	1.368	49.185	380.080
Rio Grande do Norte	632	2.357	14.382
Rio Grande do Sul	-	5.056	46.780
Santa Catarina	973	1.990	6.830
São Paulo	2.434	55.311	364.410
Sergipe	-	795	14.037
Distrito Federal	-	22.295	105.697
Acre	-	2.172	14.443
Rondônia	340	3.975	30.609
Total Brasil	6.999	207.042	1.741.999

Municipais de Saúde), tendo estas últimas a participação de representantes da população.

Em 1985 a implementação dessa estratégia deu um salto considerável; no final desse ano, 644 municípios haviam assinado o termo de adesão ao convênio AIS, sendo que em 1984 eram apenas 13.

Do ponto de vista gerencial, houve nesse ano uma reestruturação no sistema de controle dos gastos com o setor contratado, que segundo o relatório do NEPP, (29) resultaram numa real diminuição do número de contas hospitalares processadas.

A limitação principal das AIS está na não participação do setor privado contratado pelo INAMPS nesses convênios e portanto, a exclusão da população rural e dos trabalhadores informais urbanos do acesso aos seus serviços.

3. CONCLUSÕES PRELIMINARES

Apesar do caráter introdutório deste capítulo, emergem, a partir das considerações nele tecidas, algumas conclusões sobre os traços gerais do tratamento dado às políticas sociais em conjunturas de crise econômica na América Latina e, particularmente, no Brasil.

Utilizando a tipologia de políticas sociais segundo o tipo de financiamento elaborada pelo NEPP/UNICAMP (30), verifica-se, a partir dos dados apresentados, que:

a) No que tange às “políticas de puro gasto”, isto é, aquelas financiadas inteiramente pelo Estado com recursos fundamentalmente tributários, como é o caso daquelas implementadas pelos ministérios da Educação e da Saúde, por exemplo, a receita ortodoxa de ajuste à crise econômica (ver cortes nos gastos públicos) as atingiu frontalmente, dado o tipo de receitas que as sustentam. No caso do Brasil, recorreu-se em 1982 à criação de um mecanismo parafiscal de arrecadação, o FINSOCIAL que, se no início representou de fato receitas adicionais para os setores sociais, há evidências no sentido de que estes recursos vêm, progressivamente, substituindo (e não somando-se a) os recursos tributários.

b) Em relação às “políticas de tipo previdenciário”, que são financiadas por alíquotas impostas aos trabalhadores e às empresas, sobre a folha de salários, elas foram fortemente afetadas pelos efeitos da crise econômica e de seu tratamento, dado que ambos os elementos de sua base financeira, nível de emprego e de salários, decresceram fortemente nesse período.

c) O mesmo aconteceu com os programas nos quais o Estado não provê o serviço diretamente, mas administra o financiamento de sua aquisição, ou seja, na tipologia adotada, as “políticas de financiamento”,

(29) NEPP, op. cit.

(30) UNICAMP/NEPP. Financiamento de Programas Sociais com Especial Atenção ao Atendimento Médico, mimeo.

como é o caso da política habitacional, financiada no Brasil pela poupança compulsória dos trabalhadores captada através do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS). O caso deste tipo de política social é semelhante ao da política previdenciária em termos financeiros, dado que sua base de captação é a mesma, isto é, a massa salarial.

Observa-se, portanto, que as políticas sociais, seja qual for o seu tipo de financiamento dentre os atualmente adotados, sofrem uma tendência estrutural à contração de seus recursos em conjunturas de crise econômica. Assim, a reversão desse processo necessitaria de uma forte vontade política, a partir de importantes pressões sociais. Este não tem sido, sabidamente, o caso da maior parte dos países latino-americanos, dado o baixo grau de organização dessas sociedades e, conseqüentemente, do tipo de relação que o Estado tem estabelecido com as mesmas: excludente e corporativista.