

DOCUMENTO DE POLÍTICA / Nº 06

A Política de Saúde no Brasil: Subsídios para uma Reforma

André Cezar Medici
Francisco E. B. de Oliveira

DEZEMBRO 1991

ipea
INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA

DOCUMENTO DE POLÍTICA / Nº 06

A Política de Saúde no Brasil: Subsídios para uma Reforma

André Cezar Medici
Francisco E. B. de Oliveira

DEZEMBRO 1991

Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

O Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA
é uma Fundação vinculada ao Ministério da Economia,
Fazenda e Planejamento

PRESIDENTE

Antonio Kandir

DIRETORA TÉCNICA

Heloiza Camargos Moreira

DIRETOR TÉCNICO ADJUNTO

Marcos Reginaldo Pananello

DIRETOR DE ADMINISTRAÇÃO E FINANÇAS

Renato Moreira

COORDENADOR DE DIFUSÃO TÉCNICA E INFORMAÇÕES

Liscio Fábio de Brasil Camargo

COORDENADOR DE POLÍTICA AGRÍCOLA

Benedito Rosa do Espírito Santo

COORDENADOR DE POLÍTICA INDUSTRIAL E TECNOLÓGICA

Luis Fernando Tironi

COORDENADOR DE POLÍTICA MACROECONÔMICA

Eduardo Felipe Ohana

COORDENADOR DE POLÍTICA SOCIAL

Luiz Carlos Eichenberg Silva

COORDENADOR REGIONAL DO RIO DE JANEIRO

Ricardo Varsano

DOCUMENTO DE POLÍTICA tem o objetivo de apresentar
breve discussão sobre determinadas políticas de Governo
propostas ou em vigor.

Tiragem: 100 exemplares

DIVISÃO DE EDITORAÇÃO E DIVULGAÇÃO

Brasília:

SGAN Q. 908 - MÓDULO E - Cx. Postal 040013

CEP 70.312

COORDENAÇÃO REGIONAL DO RIO DE JANEIRO

Av. Presidente Antônio Carlos, 61 - 17º andar

CEP 20.020

A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL: SUBSÍDIOS PARA UMA REFORMA

André Cezar Medici
Francisco E. B. de Oliveira*****

**Trabalho elaborado para o número 1 da revista *Seguridade*, a ser editada pela Abrapp.*

****Da ENCE/IBGE.**

*****Do IPEA-Rio.**

A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL: SUBSÍDIOS PARA UMA REFORMA*

André Cezar Medici**
Francisco E. B. de Oliveira***

1. ANTECEDENTES

Antes dos anos 20, boa parte do esforço estatal, no campo da saúde, estava voltado para a erradicação de grandes endemias e para o saneamento dos portos e do meio ambiente. As instituições responsáveis pela política de saúde eram débeis e boa parte da assistência médica ficava na mão de estabelecimentos de caráter filantrópico, como as "Misericórdias".

A partir de 1923, com a promulgação da Lei Elóy Chaves, inaugura-se a primeira fase da política de saúde brasileira, que surge nos marcos do "previdencialismo alemão". Copiando a legislação bismarckiana de previdência social aparecem as Caixas de Assistência e Previdência (CAP). Essas Caixas, organizadas por empresas ou por categorias profissionais, tinham, entre seus objetivos, a prestação de cuidados e assistência médica aos filiados. Nos anos 30 surgem os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP), regulados pelo Estado, que apresentaram abrangência maior em termos de categorias profissionais, e regiões, na medida em que tinham representação nacional.

O modelo das CAP e IAP baseou-se hipoteticamente numa forma de financiamento tripartite (Estado, empresas e trabalhadores) e numa gestão "autônoma", com fiscalização estatal. Tanto as

*Trabalho elaborado para o número 1 da revista Seguridade, a ser editada pela Abrapp.

**Da Ence/IBGE.

***Do IPEA-Rio.

cotizações como os benefícios e serviços oferecidos eram diferenciados e variavam de acordo com a capacidade contributiva de cada categoria. Tal fato fazia com que o sistema fosse bastante desigual, em termos de cobertura.

Várias foram as tentativas de unificação do sistema previdenciário, mas o corporativismo das distintas categorias profissionais impediu que este projeto fosse adiante antes dos anos 60. O regime militar pós-1964 trouxe de imediato a intervenção política nos sindicatos e nos próprios IAP, tornando possível a realização do projeto de unificação. Em 1967 os IAP e as CAP ainda remanescentes se fundiram no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS).

Posteriormente, já na década de 70, o INPS foi desdobrado em três institutos: um destinado ao pagamento de aposentadorias, pensões e benefícios (INPS), outro à assistência médica (Inamps) e um terceiro, destinado à administração do sistema (Iapas). Essas três autarquias passaram a integrar, em 1978, o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social - Sinpas.¹

A unificação da Previdência Social e da assistência médica trouxe uma série de modificações. Estendeu a cobertura a todos os trabalhadores com carteira assinada, bem como a qualquer trabalhador autônomo ou empregador que quisesse contribuir em dobro para se filiar ao sistema. No entanto, a principal modificação, no que diz respeito à cobertura dos programas de saúde, foi a incorporação dos trabalhadores rurais e dos indigentes sem contribuição prévia.

¹Além destas três autarquias, o sistema englobava mais duas instituições de Assistência Social - a LBA e a Funabem e uma de processamento de dados (Dataprev).

O forte crescimento econômico dos anos 60 permitiu que o sistema incorporasse essas novas clientelas, sem maiores problemas na base de seu financiamento.

Em épocas de crise, como a vivida nos anos 80, os gastos com saúde são os mais afetados. A política de caixa única faz com que as despesas com saúde sejam residuais frente às despesas com benefícios previdenciários, que são compromissos fixos. O gráfico 1 mostra a evolução dos gastos com saúde realizado a partir de fundos previdenciários.

2. A CONJUNTURA RECENTE

Tendo em vista evitar, no futuro maiores quedas nos gastos com saúde, alguns grupos técnicos ligados ao governo e ao Congresso começaram a elaborar propostas que permitissem:

- estabilidade das fontes de custeio, inclusive nos momentos de crise;
- diversificação das bases de financiamento;

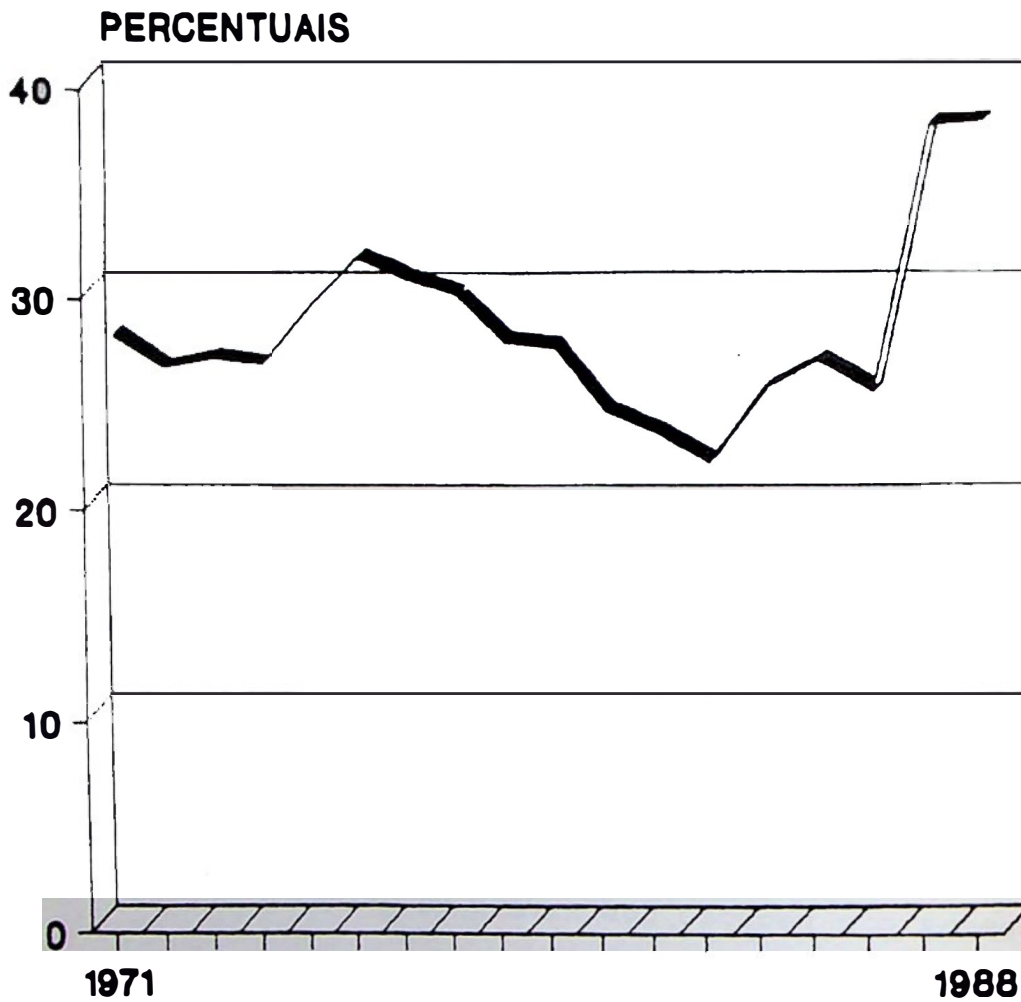
melhoria das condições de gestão visando à racionalização das despesas e à redução dos níveis de fraude e sonegação.

Uma das soluções aventadas pelo grupo técnico da Comissão Nacional de Reforma Sanitária, naquele momento, seria a separação dos recursos voltados para a saúde e para benefícios previdenciários. Tal solução, a exemplo do que ocorre com outros países latino-americanos, como Argentina, Chile e Uruguai, evitaria que, em épocas de crise, os recursos voltados para a saúde fossem canalizados para o pagamento de benefícios, como freqüentemente ocorreu no Brasil ao longo dos anos 80.

A proposta que acabou tendo hegemonia nas discussões do Congresso, no entanto, foi a da Seguridade Social, que unificava

grafico 1

Despesa do INAMPS/SINPAS



ANOS DE REFERENCIA

■ GASTOS INAMPS/SINPAS

1971 - 1988

todos os recursos federais voltados para o financiamento da saúde, previdência e assistência social num único pagamento. Esta proposta acabou sendo incorporada à Constituição de 1988.

A nova Constituição Federal apresentava o Brasil com a instituição de um welfare state nos moldes europeus. Os benefícios previdenciários serão concedidos a todos, com o piso de um salário mínimo, independentemente do vínculo contributivo do cidadão. A saúde passa a ser uma política de atenção universal, financiada pelos cofres públicos.

Pouco se discutiu no Congresso sob a forma de financiamento relacionada à incorporação desses novos direitos. Bastaria pensar que a elevação e a diversificação da base de contribuição, com a criação do imposto sobre o lucro, a elevação das alíquotas do Finsocial e a incorporação da contribuição à previdência social num único orçamento seriam medidas suficientes para cobrir esses novos preceitos.

No atual momento vivido pelo país, pode-se afirmar com segurança que não existem recursos sociais disponíveis para cobrir os custos de universalização da cobertura das políticas englobadas no conceito de "seguridade social", a não ser de forma falsa e demagógica.

Por outro lado, no que diz respeito aos recursos voltados para a saúde, vale destacar que o orçamento da seguridade social padece dos mesmos defeitos do sistema anterior, ao misturar recursos para o pagamento de benefícios e para a assistência à saúde num mesmo fundo.

Os recursos para o pagamento de seguro social, enquanto resultado de um pacto inter e intrageracional, deveriam ter uma lógica de formação de estoques de capital para cumprir exigências de longo prazo. Sendo assim, não deveriam ser misturados aos

recursos para o financiamento da saúde, que constituem objeto de utilização numa política de curto prazo. Além disso, a percepção dos usuários fica bastante distorcida. O contribuinte e a população em geral não conseguem associar os custos, em termos de alíquotas incidentes sobre rendas, e os respectivos serviços que eventualmente venha a receber.

Nesse particular, vale destacar que a regulamentação do novo Plano de Benefícios da Previdência Social traz uma série de implicações no aumento dos gastos da Seguridade Social. É, portanto, paradoxal pensar que a Lei de Diretrizes Orçamentárias para 1991 tenha reservado 30% dos recursos do Orçamento da Seguridade Social (OSS) para ser gasto com programas de saúde, dado que:

a) O ano de 1992 continuará, provavelmente, a manter as tendências recessivas reinstituídas com o Governo Collor. Nesse sentido, não será surpreendente uma queda na arrecadação do OSS;

b) O novo plano de benefícios da seguridade social traz, em seu bojo, uma elevação de grandes proporções no volume de gastos com aposentadorias, pensões e auxílios;

c) A situação torna-se ainda mais grave quando se leva em conta a elevação do salário mínimo de US\$ 40 para US\$ 100 em fins de agosto último, numa conjuntura onde o piso dos benefícios previdenciários passou a ser de um salário mínimo.

Existe, portanto, um aparente conflito entre a Lei de Diretrizes Orçamentárias de 1991 e as pressões quanto ao custeio dos benefícios do Orçamento da Seguridade Social. Apesar de aumentar sua participação relativa no conjunto dos recursos destinados aos outros Ministérios, o valor absoluto alocado para a saúde no Orçamento de 1992 é praticamente o mesmo do orçado para o ano de 1991, dada a decisão de cortar os gastos governamentais em

1992, em relação aos de 1991. Um outro ponto a destacar é que, no orçamento de 1992, o conceito de saúde foi ampliado, passando a envolver gastos com programas destinados ao saneamento básico e ambiental.

Seja como for, todos os caminhos apontam para o fato de que, na prática, o conflito distributivo entre saúde e benefícios deverá ser crítico na partilha dos recursos do OSS.

Uma solução mais racional seria estabelecer contribuições e fundos separados para a saúde e para o pagamento de benefícios. A divisão da alíquota de contribuição para o INSS em dois componentes - um voltado para a saúde e outro para o custeio de benefícios - seria, no momento, a melhor solução. Os gastos com assistência social, por sua vez, passariam a ser custeados com recursos do Tesouro, por não estarem baseados em nenhuma lógica contributiva.

A manutenção do orçamento da seguridade social, custeado por alíquotas indistintas, conforme a finalidade, é incompatível com a dinâmica de uma sociedade corporativa como a brasileira. É comum observar o conjunto dos aposentados pressionando o Congresso para criar despesa com novos e maiores benefícios sem a correspondente fonte de receita. Isto faz com que a base de financiamento tenha que se alargar, através do aumento das alíquotas das contribuições sociais ou mediante a criação de novos impostos e contribuições.

Este procedimento tende a ocultar o conflito pela distribuição de renda, que é essencial ao processo democrático. Encobrir este conflito, através desse processo, traz seqüelas sociais profundas, como o aumento da evasão fiscal e da própria pressão inflacionária.

Dessa maneira, uma futura revisão constitucional não poderá deixar de incorporar a discussão sobre uma possível reforma no

Conceito de Seguridade Social, tendo em vista uma solução mais realista, no que diz respeito aos benefícios, e mais justa, no que se refere ao custeio das ações de saúde.

3. ASPECTOS ESTRUTURAIS DO SETOR SAÚDE NO BRASIL

Uma das propostas de campanha do Governo Collor consiste em elevar a despesa nacional com saúde para o patamar de 10% do PIB.

↳ Ao observarmos os gastos globais com saúde em distintos países desenvolvidos, subdesenvolvidos e em desenvolvimento, verifica-se que a magnitude do gasto com saúde, com proporção do PIB, é diretamente proporcional à magnitude da renda per capita.

É verdade que existem algumas exceções. Dentre os países de "renda per capita média baixa", segundo a classificação do Banco Mundial, podemos dizer que o Egito, a República Dominicana, Camarões e Ilhas Maurício gastam mais de 10% do PIB com saúde. Mas, com exceção do Egito e dos Camarões, os demais países têm uma dimensão territorial muito pequena, o que os desobriga de manter gastos de investimento e consumo, com despesas advindas de sua extensão territorial, como é o caso dos gastos com transporte e integração econômica regional.

Por outro lado, mesmo gastando mais de 10% do PIB com saúde, países como Egito e Camarões apresentavam, em torno de 1987, expectativa de vida ao nascer de 61 e 56 anos, para homens e mulheres, respectivamente, enquanto que a do Brasil se situava em 65 anos, mesmo considerando um gasto global de 4,2% do PIB.

No caso extremo, temos países como o Canadá que, detendo um sistema de saúde reconhecido no resto do mundo como eficaz, gasta cerca de 5% de seu PIB com saúde, o que é consideravelmente mais baixo do que a média dos países de seu grupo.

Países com uma renda per capita do porte da brasileira, e com os diversos problemas de integração econômica trazidos pela sua territorialidade, dificilmente chegariam a gastar 10% do PIB com saúde, a não ser que deixassem de satisfazer outras necessidades econômicas e sociais, vitais para a reprodução do sistema.

Dos 4,2% do PIB desembolsados com saúde, 2,8% correspondem ao gasto público em seus distintos componentes (federal, estadual e municipal, ou orçamentário e previdenciário). O restante 1,4% é dividido entre as distintas modalidades de pagamento privado dos serviços de saúde, sejam elas das empresas (medicina de Grupo, Autoprogramas, Seguro-Saúde ou Cooperativas Médicas), sejam elas de famílias (desembolso direto, formas de cobertura de risco, etc.)

Tão importante quanto a magnitude absoluta do gasto com saúde é a forma de organização do sistema e suas condições de acesso e qualidade. Sendo assim, o grande problema do sistema de saúde, não é o montante do gasto, mas a qualidade dos programas em que os recursos são alocados. No Brasil, independentemente de se gastar pouco com programas de saúde, gasta-se mal.

Algumas comparações internacionais servem para ilustrar este problema. Com uma taxa de mortalidade infantil em torno de 59% por 1.000 no ano de 1989, o Brasil encontra-se em piores condições que países como Argentina e Chile, onde estas taxas são de 42 e 18 por 1.000, respectivamente. A cobertura vacinal e a expectativa de vida ao nascer é igualmente menor no Brasil do que nestes países, em que pese o fato de nosso país possuir uma relação mais favorável de médicos por habitantes.

O setor privado prestador de serviços de saúde no Brasil responde pela maior parcela de assistência médica. Dados da Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária do IBGE para 1987 mostram

que, além de deterem a maior parte dos leitos hospitalares, os estabelecimentos privados responderam por 81,3% das internações, 76,4% dos nascimentos hospitalares e 38,9% das consultas dos estabelecimentos com atendimento a pacientes externos. Caso fossem adicionadas as consultas realizadas em consultórios particulares, não computadas nos dados da AMS, o setor privado certamente seria responsável por mais de 50% do total de consultas do país naquele ano. Tal fato torna este setor imprescindível em qualquer processo de reforma do sistema de saúde.

Vale comentar, também, que o setor privado autônomo (ou seja, aquele que não é contratado pelo setor público) movimenta uma clientela de 35 milhões de pessoas (quase um quarto da população brasileira), sendo que em determinados estados este percentual deve ser superior a 50%. Isto constitui um subsídio para o setor público, dado que a clientela deste setor (a maioria constituída por assalariados formais) é beneficiária do sistema público de saúde, mesmo antes da universalização.

4. CONSIDERAÇÕES CRÍTICAS SOBRE O SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE NO BRASIL

4.1. Gigantismo x Eficiência

Mesmo com as reformas operadas no início do Governo Collor, as estruturas organizacionais do setor público na área de saúde são pesadas e ineficientes. Tomando-se como base o Inamps, observa-se a existência de mais de 120 mil funcionários ativos, 610 postos de assistência médica, 8.333 consultórios médicos, 41 hospitais próprios, sem contar os serviços contratados. Com este sistema, o Inamps fornece apenas 1,7 consulta por habitante ano, enquanto a medicina de grupo fornece quatro consultas/ano aos seus beneficiários, com um sistema muito mais leve.

Tomando-se ainda a dicotomia público x privado, observa-se que, gastando em 1987 45,9% das despesas do Inamps, o setor privado contratado respondeu por 43% dos entendimentos ambulatoriais e 87,1% das internações.

4.2. Centralismo x Municipalização

Todos têm reconhecido que o centralismo tem sido um dos maiores defeitos do sistema de saúde no Brasil. A solução preconizada pela nova Constituição Federal consiste em hierarquizar e descentralizar a rede de serviços, repassando para os municípios o conjunto dos estabelecimentos e dos recursos manejados pelo governo federal.

No entanto, a forma atual de implantar o sistema de descentralização das ações de saúde deu origem ao que podemos chamar de "municipalização tutelar". Em outras palavras, o governo federal criou um imenso processo de burocratização para que os municípios venham a receber recursos federais, reservando o espaço para soluções negociadas ao nível de cada município.

Para exemplificar, a norma operacional 001/91 do Inamps impôs, como condição para que os municípios implantassem a nova sistemática de financiamento, que esses destinassem um mínimo de 10% de seus orçamentos para os programas de saúde.

A grande heterogeneidade do quadro municipal brasileiro não permite que tal questão seja arbitrada desta forma. Tanto que, por ocasião da reformulação da norma operacional 001/91, em junho do corrente, esta condição desapareceu.

Existem municípios que gastam com saúde mais de 20% de seus orçamentos, em geral os de menor porte, enquanto que outros, como é o caso das grandes metrópoles, não conseguem gastar mais do que 4 a 5% de seus recursos, em função das deseconomias de escala

obrigarem estes municípios a terem pesados encargos com a manutenção de serviços de infra-estrutura urbana. Dados de 1984, mostram que, em média, os municípios gastavam 9% dos seus recursos com saúde, embora a variância em torno deste percentual fosse muito elevada.

Sendo assim, pode-se dizer que a flexibilidade é a melhor forma de decidir qual a parcela de recursos que os municípios devem gastar com saúde. No entanto, quando começaram a operar os programas de Ações Integradas de Saúde (AIS) e, posteriormente, os convênios Suds, ambos realizados entre os municípios e o Inamps, era comum aos primeiros a redução de seus gastos com saúde, a partir de recursos próprios, substituindo-os pelos recursos transferidos pelo Inamps.

4.3. Corporativismo, absenteísmo e grevismo

Nos últimos anos, os profissionais de saúde, encabeçados pelos médicos, têm envidado esforços para a preservação de seu poder de compra e valorização profissional, mesmo que à custa de uma redução da qualidade dos serviços de saúde. É claro que exceções existem, e que a luta por melhores salários e melhores condições de trabalho seja natural em qualquer categoria profissional.

Entretanto, no campo de saúde, nos últimos anos, o corporativismo, o absenteísmo e o grevismo atingem níveis absolutamente incompatíveis com as normas de adequada conduta profissional que devem prevalecer no seio de uma sociedade democrática. Beneficiados pelo estatuto de estabilidade e, na maioria dos casos, acobertados por chefias cooperativistas e omissas, o "baixo clero" da área de saúde impõe suas normas e condutas salariais, sob o falso pretexto da necessidade de salvar os serviços públicos de um suposto sucateamento, deixando a população desassistida.

Enquanto trabalhadores integrados a uma atividade essencial à sobrevivência da sociedade, os profissionais de saúde deveriam estar sujeitos a regras mínimas de comportamento (com as devidas punições) que visassem ao atendimento da população, mesmo em momento de campanha salarial.

4.4. Clientelismo, Fisiologismo e Elitismo

O clientelismo e o fisiologismo na área pública de saúde manifestam-se intensamente, e das mais variadas formas, desde a intermediação política para a obtenção de serviços para grupos privilegiados de usuários até a própria utilização da máquina do poder no âmbito das administrações setoriais. Isto fica patente quando se observa o processo de transferências negociadas de recursos para investimento e custeio das ações de saúde nos estados e municípios, que, não raramente, privilegia os apaniguados ou os cooptados pelas tentativas de corrupção.

Também o acesso da população em geral aos serviços, em especial os de maior grau de sofisticação e custo, passa, em geral, pelo filtro de um processo clientelístico e fisiológico, gerando um elitismo injustificável.

Assim, as desejáveis universalização, equidade e igualdade de acesso aos serviços de saúde esbarram na realidade da ingerência política, ou em casos típicos de apropriação ilícita do "patrimônio" público.

Uma outra forma de clientelismo, por vezes até mais danosa do que a anteriormente citada, constitui-se na manipulação do poder de compra de serviços pelo setor público junto ao setor privado. O grau de dependência do setor privado, gerado através do contrato/credenciamento, sujeito, também, a interesses políticos fisiológicos, tende a deteriorar a própria capacidade empresarial, minando pelas bases da competitividade e da eficiência. O Estado

passa a controlar o preço e, por vezes, a quantidade, limitando-se o empresário a ajustar os custos, em muitos casos, através da burla e da fraude.

Na realidade, este tipo de relacionamento tem gerado no Brasil o que poderia ser chamado "pacto de fraude". O Estado paga mal ao empresário privado do setor de saúde, mas, em contrapartida, fecha os olhos para a qualidade do atendimento prestado, utilizando mecanismos de controle apenas formais.

4.5. Impersonalismo do atendimento

Distante dos reclamos dos usuários finais dos serviços, a corporação da área pública de saúde tende a tratar a tudo e a todos de forma absolutamente impessoal, deixando de lado o indispensável contato personalizado, que por muitos anos caracteriza a prática dos serviços médico-assistenciais.

Jogado de um lado para o outro, o usuário é, quando muito, mais uma cifra nas estatísticas de atendimento, sem história e sem prontuário. O reflexo desta postura ultrapassam, de muito, as simples fronteiras do bem-estar do paciente, alcançando a própria eficiência dos serviços. Por falta de identificação individualizada, muitas vezes ocorre a duplicidade de ações de saúde; exames pedidos em duplicata são apenas um dos muitos exemplos que poderiam ser citados.

4.6. "Isonomismo" salarial

Embora, talvez, a palavra não conste do vernáculo, o "isonomismo" é uma das principais dificuldades que assolam o serviço público de saúde. Independentemente dos custos de oportunidade do profissional de saúde, a isonomia salarial faz com que, do Oiapoque ao Chuí a remuneração tenda a ser equalizada, sem uma base financeira real para o seu custeio.

5. REFORMAS TRANSITÓRIAS

Tendo em vista impedir um processo de "municipalização tutelada" e propor um processo efetivo de municipalização, sugere-se a adoção de duas medidas:

a) Que os recursos próprios a serem gastos com saúde sejam oriundos, total ou parcialmente, do recolhimento da contribuição à saúde sobre a folha de salários ou qualquer outra base de incidência gerada no território de cada município, conforme suas características sócio-econômicas, no contexto de uma revisão do sistema tributário nacional. Assim, a descentralização do sistema de saúde seria, não apenas da prestação de serviços, mas também das fontes de custeio.

Em casos de municípios muito pequenos e/ou pobres, com insuficiências no aparato de arrecadação fiscal, poder-se-ia aventar a hipótese de "consórcios de arrecadação", através dos quais seria possível minimizar essas dificuldades, via efeitos de escala, de forma perfeitamente integrada, no interior de um distrito sanitário.

b) Que o valor das alíquotas para a saúde, bem como as decisões sobre a montagem do orçamento e a determinação dos níveis de gastos com saúde, sejam definidos a partir de entendimentos entre os Conselhos Municipais de Saúde e a Câmara dos Vereadores.

Este processo corresponde à municipalização da receita própria para custeio do setor saúde, que hoje encontra-se embutida no interior dos distintos impostos e contribuições sociais que geram os recursos do OSS. A idéia fundamental seria garantir total e plena autonomia a cada município, na área de saúde.

Vale salientar que muitos estados e municípios não detêm perfis de assalariamento ou de geração de renda que sejam capazes

de permitir uma arrecadação suficiente para dar conta de suas necessidades. Sugere-se, desta forma, que uma parcela do total arrecadado deveria ser destinada ao governo estadual e federal, tendo em vista reservar, a estas esferas, o papel redistributivo.

Haveria ainda o caso de municípios que não pudessem ou não desejassem estabelecer uma contribuição própria. Estes municípios ficariam, ainda, dependentes das transferências de recursos dos estados e municípios na área da saúde.

Este processo de descentralização é, portanto, muito mais efetivo do que a "municipalização tutelada", que vem sendo regulamentada pelo governo federal. O atual processo de descentralização, na medida em que tem em vista administrar distintas realidades - pelo menos de 26 estados e 4.500 municípios acaba por burocratizar e tecnificar de forma excessiva os critérios de repasse, dificultando a visibilidade do real valor de recursos a serem repassados. A excessiva burocratização e a dificuldade de atender a todos, segundo suas necessidades, acaba por fazer com que cada esfera de governo venha negociar, isoladamente, soluções para seus problemas, o que pode dar margem ao clientelismo, que é sempre diretamente proporcional à concentração de recursos e de poder.

Nos anos 80 ocorreu uma progressiva deterioração do relacionamento entre os setores público e privado, decorrente de uma política de redução deliberada dos repasses do Inamps a este último setor, num contexto de forte expansão de custos, pela incorporação de tecnologia e mudança do perfil de cobertura da população. Ao mesmo tempo, o setor público foi criando dificuldades crescentes na convivência negociada com o setor privado, tais como eliminação do pagamento adicional por condições especiais de atendimento, por parte da clientela, bem como a extinção dos convênios Inamps-Empresa, que permitiam estabelecer

mecanismos próprios de assistência médica, por parte das empresas, mediante incentivos deduzidos da contribuição previdenciária.

Este tipo de relacionamento contribuiu para que, de um lado, aumentasse o chamado pacto de fraudes, onde o Inamps fechava os olhos para o fato de que a redução do valor da tabela de pagamentos era responsável pelo aumento do número de serviços fantasmas pagos pelo próprio Inamps. Por outro lado, propiciou o descredenciamento voluntário dos estabelecimentos de melhor qualidade, que abandonaram a rede pública.

Pensar numa nova forma de relacionamento do setor público com o setor privado é essencial para manter a cobertura pretendida pelo SUS, mas exige algumas transformações, tais como:

a) Uma política descentralizada de preços para os serviços contratados, que leve em conta as particularidades locais, o processo de expansão dos custos no setor, etc. Sugere-se que cada município estabeleça sua própria política de preços, mediante entendimentos entre os conselhos municipais de saúde, o Poder Legislativo e os prestadores de serviços. Tal política possibilita, não só um maior entendimento social quanto aos preços praticados, como também uma resposta às necessidades locais. A adoção das tabelas "nacionais" com a da AIH e da própria AMS, não faz sentido, pois os preços devem refletir os custos de oportunidade dos recursos que, em um país heterogêneo como o Brasil, são bastante diversos dentro do contexto regional e mesmo microrregional.

b) Uma política que permita dar conta de uma multiplicidade de formas de atendimento e modalidades assistenciais. A idéia consiste em combinar o atendimento básico oferecido à população pelos serviços de saúde de cada município com um atendimento especial adicional para aqueles que, podendo pagar, desejem formas e modalidades mais personalizadas de atendimento. Isto se aplica,

ainda, aos planos especiais que as empresas desejam oferecer aos seus funcionários, em função das características específicas de risco e de requisitos de cobertura de cada conjunto de empregados.

Se a política nacional de saúde não der conta dessas diversidades, será impossível falar em Sistema Único de Saúde. A parcialidade do SUS reside no fato de que ele é um sistema de base que não cobre nem integra as distintas modalidades assistenciais e clientela existentes no país.

6. NOVOS RUMOS

Criticar o setor público é, na realidade, tarefa bastante fácil. Muito mais difícil é sugerir um modelo alternativo de assistência à saúde que, cobrindo todo o espectro da demanda por serviços, o faça atentando aos princípios básicos de eficiência e eficácia.

Assim, deve ficar bastante claro logo de início que não há a pretensão de formular um modelo completo que dê respostas precisas a cada uma das possíveis indagações. Ao contrário, optou-se por trazer à discussão algumas linhas gerais, dentro do princípio de que a diversidade intrínseca do panorama de saúde no Brasil requer uma multiplicidade de modelos de prestação de serviços.

Seria uma utopia, em um país como o nosso, tentar eliminar a interferência do Estado em qualquer modelo liberal de reestruturação dos serviços de saúde. Tendo-se em vista as precárias características sócio-econômicas de vastos contingentes populacionais, o governo terá sempre um forte papel a desempenhar como "provedor" de um mínimo de atenções de saúde condizente com a condição de cidadania. Ao Estado cabe também, e principalmente, o papel de controlador de qualidade, desde a da vigilância sanitária até a das próprias condições médico-assistenciais.

No campo econômico, ao Estado cabe o papel de financiador das ações de saúde para os grupos sociais e/ou situações onde as externalidades positivas indicam claramente a necessidade de sua intervenção. (e.g. campanhas de vacinação, saneamento básico, etc.). Mesmo neste último caso, não há nenhum impositivo para que os agentes governamentais deixem sua posição normativa/reguladora/financiadora/controladora de qualidade e se envolvam na execução. O próprio caráter cíclico de algumas endemias talvez recomende a utilização de uma força de trabalho variável.

Uma idéia que não é original nem nova² consiste no pré-pagamento fixo per capita dos serviços de saúde a serem contratados pelo próprio usuário junto a entidades públicas ou privadas. O sistema poderia ser operacionalizado de várias formas, dentre as quais se inclui a distribuição, pelo poder público, de um bônus, para cada cidadão, correspondente ao valor médio atuarialmente calculado do custo da atenção integral à saúde. De posse deste bônus o usuário se inscreveria em uma organização privada mantenedora de saúde (OMS) que, por via de contrato, asseguraria a cobertura de todos os riscos de saúde. O mesmo contrato facultaria ao usuário, caso descontente com o atendimento ou por outros motivos, mudar de OMS.

Cumpridos os requisitos mínimos de qualificação técnica e econômica, qualquer empresa média poderia habilitar-se a prestar serviços. Com o fim de evitar o efeito "cartório alvará", a autorização de funcionamento poderia ser feita pelo poder municipal com base num parecer técnico emitido por representantes da sociedade civil, de profissionais de saúde ou de outras instâncias.

²Vide, por exemplo, ENTHOVEN, A. C., "Health Plan The Only Practical Solution to the Soaring Cost of Medical Care", Addison - Wesley Publishing Company Inc., 1980.

Observe-se que, em linhas gerais, o modelo proposto traz embutido o controle de custos. Esta proposta é bastante distinta do seguro saúde, onde ao usuário interessa receber o máximo de serviços; ao prestador de serviços interessa vender o máximo e à seguradora resta apenas pagar a conta.

Nesta proposta, o princípio da descentralização é levado às suas últimas conseqüências, restabelecendo-se a soberania absoluta do consumidor que, dentro do elenco de serviços oferecidos por cada concorrente, escolhe aquele que mais lhe convém. Como a proposta abrange apenas o padrão básico de atendimento, é praticamente certo que um bom número de usuários demandem, bem como um número significativo de empresas ofereça padrões superiores de atendimento, mediante pagamento complementar.

Do lado das prestações de serviço, rompe-se o elo clientelístico e fisiológico do credenciamento. O lucro ou prejuízo a ser auferido repousa no delicado equilíbrio entre a qualidade e a quantidade de serviços oferecidos e a imperiosa necessidade de controle de custos. Ao mesmo tempo, é provável que no mercado de fatores (usando o jargão da economia) se desenvolvam novas e criativas formas de transação. Por exemplo, alguns serviços especializados podem ser contratados pelas empresas médicas a outras empresas; consórcios de empresas poderão ser formados para procedimentos de alto custo; etc.

Os chamados "riscos catastróficos" podem ser objeto de um resseguro junto aos agentes financeiros já operando no mercado ou que porventura vierem a ser criados especialmente com este fim.

Note-se até que os hospitais públicos poderiam competir por usuários. Ao invés de receber verbas fixas, a dotação de cada unidade seria o somatório dos "bônus" recebidos dos usuários. O montante dos salários seria, também, desta forma, função da demanda efetivamente atendida.

Um detalhe importante que deve ser ressaltado é que às OMS interessaria desenvolver ao máximo ações preventivas - em geral de baixo custo e de elevada eficácia - minimizando o risco de ações curativas e mais dispendiosas. Assim, desde o acompanhamento pré-natal, passando pela educação sanitária, até, talvez, a fluoretação dentária, deveriam ser ações incorporadas ao processo, acabando-se com a dicotomia "preventiva x curativa" e restabelecendo-se a integralidade da atenção à saúde.

Um desafio importante é o envelhecimento da população brasileira e seu reflexo sobre os custos de saúde. A proporção de velhos na população deverá passar de 4% em 1980 para 5,5% no ano 2000, com uma taxa média geométrica anual que se acelera de 3 para 3,3% a.a. no período 1995/2000.

Assim, é provável que, em futuro bastante próximo, sobre salas de aula e faltem facilidades para a atenção à velhice. Ademais, no âmbito institucional, há uma completa carência de uma política sanitária. A solução talvez fosse ajustar o valor do bônus, conforme a progressão das epidemias e envelhecimento da população, utilizando-se, simultaneamente, o esquema de resseguro para diluir os riscos.

Em suma, não há esquema sugerido sob o ponto de vista técnico, nenhum problema que profissionais de saúde, economistas, atuários e empresários não possam resolver juntos e de forma razoavelmente satisfatória. O problema é essencialmente político.

É necessário vencer os dogmas e preconceitos que há muito vêm impregnando o campo da saúde neste país. É necessário conscientizar o povo de que "se a saúde é um direito do cidadão e dever do Estado", alguém deve "pagar a conta". Assim, esta "conta" deve ser a menor possível, para um nível de serviços qualitativa e quantitativamente adequado.

Saúde tem custo e este pode ser extremamente elevado numa sociedade eivada de injustiças sociais. A eficiência e a eficácia são objetivos tão válidos aqui como em qualquer outro setor da atividade humana. Não há motivo para que, face à liberalização da economia, aqui e em tantas outras partes do mundo, o setor saúde no Brasil continue arraigado a uma concepção arcaica, ineficiente e ineficaz.

PUBLICAÇÕES DO IPEA (TEXTOS) 1990/1991

TEXTO PARA DISCUSSÃO INTERNA - IDI

- Nº 195 - "The Road Transportation Industry in Brazil: Market Structure, Performance and Government Regulation", Newton de Castro, setembro 1990, 53 p.
- Nº 196 - "Do Cruzado ao Collor: Os Planos de Estabilização e a Agricultura", Gervásio Castro de Rezende, setembro 1990, 25 p.
- Nº 197 - "A Agricultura de Grãos no Centro-Oeste: Evolução Recente, Variações Comparativas Regionais e o Papel da Política da Preço Mínima", Gervásio Castro de Rezende, outubro de 1990, 36 p.
- Nº 198 - "A Integração das Américas: Por Que? Para Quem? Quando? Como?", Roberto Cavalcanti de Albuquerque, outubro 1990, 48 p.
- Nº 199 - "A Evolução da Distribuição de Renda entre 1983 e 1988", Regis Bonetti e Guilherme Luis Sediacsek, outubro 1990, 15 p.
- Nota: A partir do nº 200 esta série passou a ser denominada TEXTO PARA DISCUSSÃO, absorvendo também a antiga série TD, editada pelo IPLAN.

TEXTO PARA DISCUSSÃO - ID

- Nº 200 - "Determinadores da Participação de Menores na Força de Trabalho", Ricardo Paes de Barros e Rosane Silve Pinto de Mendonça, novembro 1990, 16 p. + anexos.
- Nº 201 - "Índices de Exportações para o Brasil: 1974/88", Armando Castellar Pinheiro e Ronaldo Serôa da Motta, novembro 1990, 16 p. + anexos.
- Nº 202 - "Infância e Adolescência no Brasil: As Consequências da Pobreza Diferenciadas por Gênero, Faixa Etária e Região de Residência", Ricardo Paes de Barros e Rosane Silve Pinto de Mendonça, novembro 1990, 21 p.
- Nº 203 - "Wages in Urban Brazil: Evidence of Regional Segmentation of National Markets", William D. Savedoff, dezembro 1990, 23p.
- Nº 204 - "Crescimento da Agricultura Brasileira e Política Agrícola nos Anos 80", José Garcia Gasquez e Carlos M. Villa Verde, novembro 1990, 15 p. + anexos.
- Nº 205 - "Quem se Beneficia dos Programas Governamentais de Suplementação Alimentar", Ana Maria Pellano, novembro 1990, 10 p. + anexos.
- Nº 206 - "Determinação da Taxa de Câmbio: Testes Empíricos para o Brasil", José W. Rossi, dezembro 1990, 17 P.
- Nº 207 - "A Colonização Oficial na Amazônia nos Anos 80", Anna Luiza Ozório de Almeida e Charley Francisconi Velloso dos Santos, dezembro 1990, 31 p.
- Nº 208 - "A Colonização Particular na Amazônia nos Anos 80", Anna Luiza Ozório de Almeida e Charley Francisconi Velloso dos Santos, dezembro 1990, 28 p.
- Nº 209 - "A Mulher Cônjuge no Mercado de Trabalho como Estratégia de Geração de Renda Familiar", Guilherme Luis Sediacsek e Eleonora Cruz Santos, fevereiro 1991, 22 p.
- Nº 210 - "Índices ponderados de Agregados Monetários para o Brasil", José W. Rossi e Maria da Conceição Silva, março 1991, 21 p.
- Nº 211 - "Interpretação das Variações nos Índices de Theil", Lauro Ramos, março 1991, 11 p.
- Nº 212 - "O Custo Financeiro Real da Dívida Mobilizável Federal: Mensurações Diretas", Maria Conceição Silva, abril 1991, 41 p.
- Nº 213 - "Desigualdade de Renda e Crescimento Econômico no Brasil: 1976/85", Lauro Ramos, abril 1991, 13 p.
- Nº 214 - "Variações Comparativas Reveladas, Custo Relativo de Fatores e Intensidade de Recursos Naturais: Resultados para o Brasil", Marcelo J. B. Nonnenberg, abril 1991, 32 p.
- Nº 215 - "Perspectivas Econômicas do Desflorestamento da Amazônia", Eustáquio José Reis e Sérgio Margulis, maio 1991, 50 p.
- Nº 216 - "Fontes Exógenas de Aceleração Inflacionária no Brasil entre 1980 e 1985", Elyon Calado R. Lima, maio 1991, 31 p.
- Nº 217 - "Modelo Multi-setorial de Consistência", Ajax R. Bello Moreira, maio 1991, 41 p.
- Nº 218 - "Desafios Modernos para a Educação Básica", Pedro Demo, Junho 1991, 15 p.
- Nº 219 - "Educação, Desigualdade de Renda e Ciclo Econômico no Brasil", Lauro Ramos, Julho 1991, 28 p. (em processo de edição)
- Nº 220 - "Análise das Transformações no Uso de Insumos Modernos na Agricultura Brasileira", Israel Carlos de Oliveira, agosto de 1991, 40 p.
- Nº 221 - "Condições do Crescimento da Pecuária Bovina de Corte nos Anos 80", José Arnaldo F. Gonçalves de Oliveira, agosto de 1991, 24p.
- Nº 222 - "O Processo de Regulamentação da Assistência Social: Avanços e Retrocessos", Eri Marlé Monteiro Barbosa, agosto de 1991, 12p.
- Nº 223 - "A Geografia do Professor Leigo: Situação Atual e Perspectivas", Angela Maria Rabelo F. Barreto, agosto 1991, 16 p.
- Nº 224 - "Indicação ou Desindexação de Salários? Mito X Realidade", Marcelo Parcerizal, agosto 1991, 12 p.
- Nº 225 - "Reordenamento Urbano pelo Transporte", José Ajax Sant'Anna, agosto 1991, 12 p.
- Nº 226 - "Modernização Gerencial - A Área-Sala do Financiamento do Transporte Urbano", Iêda Maria de Oliveira Lima, agosto 1991, 45 p.
- Nº 227 - "O Desapropriação do Governo Brasileiro e do Banco Mundial com Relação à Questão Ambiental do Programa Polonordeste", Sérgio Margulis, agosto 1991, 70 p.
- Nº 228 - "Employment Structure in Brazil and its Sensitivity to the Current Economic Policy", Lauro Ramos e Ricardo Paes de Barros, agosto 1991, 43 p.
- Nº 229 - "Recursos para a Agricultura e a Orientação dos Gastos Públicos", José Garcia Gasquez e Carlos M. Villa Verde, agosto 1991, 27 p.

- Nº 230 - "Privatizações no Brasil: Passado, Presente e Perspectivas", Armando Castelar Pinheiro e Luiz Chrysostomo de Oliveira Filho, agosto 1991, 36 p. (em processo de edição).
- Nº 231 - "Recursos Naturais e Contabilidade Social: A Renda Sustentável da Extração Mineral no Brasil", Ronaldo Serôa da Mota e Carlos Eduardo Fridman Young, agosto 1991, 17 p.
- Nº 232 - "Liberalização da Economia e Governabilidade", Hamilton Nonato Maroua, setembro 1991, 100 p. (em processo de edição).
- Nº 233 - "Atuação do Governo Federal no Transporte Urbano - Porque é Necessária", Ieda Maria de Oliveira Lima, Lúcia Mairuro Panarello e Rosiléia Batista de Arruda, setembro 1991, 14p.
- Nº 234 - "Gestão da Quantidade Total nas Escolas: Um novo Modelo Gerencial para a Educação", Antonio Carlos da R. Xavier, setembro 1991, 15 p.
- Nº 235 - "O Financiamento da Educação em Período de Crise", Pontos para Discussão, Antonio Carlos da R. Xavier, setembro 1991, 16 P.
- Nº 236 - "A Esterilização Feminina no Brasil", Manoel Augusto Costa, setembro 1991, 32 p.
- Nº 237 - "Gestão da Qualidade no Setor Público", José Parente Filho, novembro 1991, (em produção).
- Nº 238 - "Critérios para Geração de Indicadores de Qualidade e Produtividade no Serviço Público" - Proposta do Programa Brasileiro de Qualidade e Produtividade, Luis Fernando Tironi, Luiz Carlos Eichemberg Silva, Solon Magalhães Vianna e André Cezar Medici, outubro 1991, (em produção).
- Nº 239 - "Plano de Transporte: Um Mecanismo de Avaliação", Ieda Maria de Oliveira Lima, novembro 1991, (em produção).
- Nº 240 - "Um Modelo Macroeconômico para o Nível de Atividade: Previsões e Projeções Condicionais, Ajax Reynaldo Bello Moreira, Elcyon Caiado Rocha Lima e Hélio dos Santos Migon, dezembro 1991, 21 p.

RELATÓRIO INTERNO - RI

Nota: Esta série, Relatório Interno, mudou a numeração a partir da reestruturação editorial começando do número 01, em cada Coordenação, a saber:

Coordenação de Política Agrícola - CPA

- Nº 01/90 - "Nota sobre Gastos Públicos na Agricultura", Carlos M. Villa Verde e José Garcia Gasques, setembro 1990, 4p.
- Nº 02/91 - "Mercados Agrícolas, Instabilidade e Condições para uma Regulação Econômica", Guilherme Costa Delgado, janeiro 1991, 11 p.
- Nº 03/91 - "A Reformulação do PROAGO e a Implantação do Seguro Agrícola", Benedito Rosa do Espírito Santo e José Arnaldo F.G. de Oliveira, junho de 1991, 4 p.

Coordenação de Política Macroeconômica - CPM

- Nº 01/90 - "Execução Financeira do Tesouro Nacional", Paulo Furtado de Castro e José Romão de Vasconcelos, setembro de 1990, 3 p.
- Nº 02/90 - "Aspectos Básicos dos Efeitos do Programa de Estabilização Econômica na Contabilidade das Instituições Financeiras e Banco Central", Paulo Zolner, setembro 1990, 2p.
- Nº 03/90 - "Dívida Externa: A Processo Brasileiro - 1990", Eduardo Felipe Chana, novembro 1990, 1p.
- Nº 04/90 - "A Questão Inflacionária", Eduardo Felipe Chana e José Hamilton de O. Bazzara, novembro 1990, 1 p.
- Nº 05/90 - "A Execução da Política Monetária em 1990", José Romão de Vasconcelos, novembro 1990, 1 p.
- Nº 06/91 - "Nota sobre as Contas Públicas no 1º Semestre de 1991", Paulo Furtado de Castro, agosto 1991, 6p.

Coordenação de Difusão Técnica e Informações - CDTI

- Nº 01/90 - "As Exportações Brasileiras no Último Trimestre de 1990", Moysés Tenenblat (CDTI) e Mary de Melo Souza (CPM), novembro 1990, 1 p.
- Nº 02/91 - "Forecasting with Trading Day Variation, a Structural Common Factor, and Variance Change", Carlos Henrique Motta Coelho e Moysés Tenenblat, janeiro 1991, 4 p.
- Nº 03/91 - "As Exportações Brasileiras no Primeiro Bimestre de 1991", Mary de Melo Souza e Moysés Tenenblat, janeiro 1991, 2 p.
- Nº 04/91 - "A Estimativa da Recorrência de Divisas pelo Modelo Função Transcendente", Mary de Melo Souza e Moysés Tenenblat, fevereiro 1991, 2 p.
- Nº 05/91 - "Notas sobre Salários, a Indexação e a Livre Negociação", Luiz Zolner, abril 1991, 5p.
- Nº 06/91 - "A Hipótese do Plano Collor e a Modelagem", Luiz Zolner, abril 1991, 2 p. (+ anexos).
- Nº 07/91 - "Indicadores e Antecedentes para as Exportações e Importações Totais Brasileiras", Mary de Melo Souza e Moysés Tenenblat, maio 1991, 11 p.
- Nº 08/91 - "Três Simulações para as Exportações, Importações e Saldo Comercial em 1991", Mary de Melo Souza e Moysés Tenenblat, junho 1991, 1 p.
- Nº 09/91 - "Um Modelo para o Acompanhamento de um Plano de Governo", Fábio Ribeiro de Abreu e Maurício Soares Bugarem, junho, 1991, 7 p.
- Nº 10/91 - "Exportações, Importações e Saldo da Balança Comercial: Atualização das Pressões para o 2º Semestre de 1991", Mary de Melo Souza (CPM) e Moysés Tenenblat (CDTI), 1991, 1p.

- Nº 11/91 - "Indicadores Construcionistas no Índice de Produção Industrial - Indústria Geral (IPIG)MBGE", Carlos Henrique Motta Coelho e Moysés Tenenblat, agosto 1991, 3p.
- Nº 12/91 - "A Produção Industrial em 1991." Carlos Henrique Motta Coelho e Moysés Tenenblat, agosto 1991, 1p.
- Nº 13/91 - "O Saldo da Balança Comercial em 1991: Atualização das Previsões para o período agosto-dezembro", Moysés Tenenblat e Mary de Melo Souza, agosto 1991, 2p.

Coordenação de Política Social - CPS

- Nº 01/91 - "Informações Demográficas: O que tem, o que se usa e como se usa?", Ana Amélia Camarano, janeiro, 1991, 5 p.
- Nº 02/91 - "Dinâmica Demográfica por Nível de Renda", Ana Amélia Camarano (IPEA) e Kaizô Beltrão (IBGE), março, 1991, 8 p.
- Nº 03/91 - "Aproximações por Tempo de Serviço: Onde a Esperança de Vida é Menos importante", Ana Amélia Camarano e Kaizô Beltrão, maio 1991, 4 p.
- Nº 04/91 - "O Governo Federal e os 18% do Orçamento para a Educação", José Amaral Sobrinho, junho 1991, 1 p.
- Nº 05/91 - "Migrações Internas", Brancosina Ferraz e Murgenda M.S. Oliveira, agosto 1991, 4p.
- Nº 06/91 - "Boletim do Mercado de Trabalho em 1990", Ana Maria de Resende Chagas, agosto 1991, 14p.

Coordenação Regional do Rio de Janeiro - CRRJ

- Nº 01/91 - "Medidas de Desigualdade", Lauro Ramos e Ricardo Paes de Barros, março 1991, 39 p.
- Nº 02/91 - "Segmentação no Mercado de Trabalho. A Carreira de Trabalho na Construção Civil", Ricardo Paes de Barros, José Guilherme Almeida Reis e José Santos Rodrigues, março 1991, 24 p.
- Nº 03/91 - "Metodologia para Geração de Indicadores de Produtividade no Âmbito do PBQP", Magdalena Lizardo Escorial e Armando Castelar, março 1991, 12 p.
- Nº 04/91 - "Uma Proposta Metodológica para Estimativas de Contas Ambientais no Brasil", Ronaldo Sérgio de Motta, abril 1991, 34 p.
- Nº 05/91 - "O Papel da Cor na Inserção do Menor no Mercado de Trabalho Metropolitano Brasileiro.", Ricardo Paes de Barros e Eleonora Cruz Santos, julho 1991, 31 p.
- Nº 06/91 - "Consequências do Longo Prazo no Trabalho Precoc", Ricardo Paes de Barros e Eleonora Cruz Santos, julho 1991, 15 p.
- Nº 07/91 - "Aspectos da Participação dos Menores no Mercado de Trabalho - Brasil 1988", Ricardo Paes de Barros e Eleonora Cruz Santos, julho 1991, 31 p.

Coordenação de Política Industrial e Tecnologia-CPTI

- Nº 01/91 - "Metodologia e Cálculo de Indicadores de Mudanças Estruturais no Setor Industrial", Roberto de Mello Ramos, agosto 1991, 4p.

CADERNO DE ECONOMIA - CE

- Nº 01/91 - "Ciclo Económico e Força de Trabalho no Brasil Urbano: 1978/1987", dezembro 1990, 190 p. + apêndice.
- Nº 02/91 - "Biotecnologia: Situação Atual e Perspectivas. Resultados Preliminares", Anna Luiza Ozono de Almeida (coordenadora), dezembro de 1990, 211 p.
- Nº 03/91 - "Produtividade, Custo do Trabalho e Parcela Salarial nos Ciclos Recentes (1976/1985)", Edward J. Amado e Pedro Valls Pereira, dezembro 1990, 84 p.
- Nº 04/91 - "IMF Stabilization Plans in Brazil", Gesner Oliveira, abril de 1991, 20 p.
- Nº 05/91 - "Debêntures Conversíveis - Preços de Conversão e seus Reflexos a Acionistas e Debenturistas", Walter Buiatti, junho 1991, 175 p.

DOCUMENTO DE POLÍTICA - DP

- Nº 01/90 - "Política Industrial e de Comércio Exterior: Apoio à Capacitação Tecnológica da Indústria", agosto 1990 (Diretoria Técnica).
- Nº 02/91 - "O Sistema Financeiro Pós-Brasil Novo: Uma Agenda de Reformas", Carlos von Doellinger, janeiro 1991.
- Nº 03/91 - "O Financiamento da Descentralização dos Serviços de Saúde, Solon Magalhães Vianna (responsável), abril 1991, 24 p. (+ anexos).
- Nº 04/91 - "Eficiência e Eficácia em Políticas Sociais, Luciana Jaccoud (organizadora), maio 1991, 22p.
- Nº 05/91 - "Apreciação Crítica da Regulamentação do Sistema Financeiro Nacional, José Romeu de Vasconcelos, outubro 1991.
- Nº 06/91 - "A Política de Saúde no Brasil", André Cezar Medici e Francisco E. B. de Oliveira, 22 p.

DOCUMENTO AVULSO - DA

Nº 01 - "O Movimento da Produtividade no Japão", texto elaborado por Dorothea Wernick, abril 1991. 46 p.

Nº 02 - "Estimativas Anuais de População (1980-2010) Regiões Brasileiras Versus Situações de Domicílio", Ana Amélia Camarano (responsável), maio de 1991. 55 p.

Nota: Série extinta, incorporada à atual série TD.