



MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO
E COORDENAÇÃO ECONÔMICA



PLANO DECENAL DE
DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO
E SOCIAL

TOMO VI

DESENVOLVIMENTO SOCIAL

volumes 3 e 4

- SAÚDE E SANEAMENTO
- PREVIDÊNCIA SOCIAL

(VERSÃO PRELIMINAR)

Documento de Trabalho *
em Versão Preliminar
Sujeito a Aprovação
e Revisão

Não pode ser citado

(*) O presente documento foi impresso para efeito de sua discussão a nível técnico.

**PLANO DECENAL DE DESENVOLVIMENTO
ECONÔMICO E SOCIAL**

DESENVOLVIMENTO SOCIAL

**SAÚDE E SANEAMENTO
PREVIDÊNCIA SOCIAL**

(Versão Preliminar)

Março — 1967

MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO E COORDENAÇÃO ECONÔMICA

Roteiro do Plano Decenal de Desenvolvimento Econômico e Social

TOMO I — VISÃO GLOBAL

- 1 — Estrutura Geral e Estratégia de Desenvolvimento
- 2 — Bases Macroeconômicas do Plano Decenal (Mimeografado)
- 3 — Orçamento-Programa Plurianual e Programa de Investimentos dos Setores Mistos (Mimeografado)
- 4 — Lista de Projetos para Financiamento por Instituições Financeiras Nacionais e Internacionais (Mimeografado)

TOMO II — ASPECTOS MACROECONÔMICOS

- 1 — Política Tributária
- 2 — Política Monetária e Mercado de Capitais
- 3 — Política Econômica Internacional

TOMO III — INFRA-ESTRUTURA

- 1 — Energia
 - 1.1 — Energia Elétrica
 - 1.2 — Petróleo
 - 1.3 — Carvão

Estudos Especiais: «O RELATÓRIO DO COMITÊ ENERGÉTICO DA REGIÃO CENTRO-SUL» (Mimeografado)

- 2 — Transportes
- 3 — Comunicações

TOMO IV — AGRICULTURA E ABASTECIMENTO

- 1 — Agricultura e Reforma Agrária
- 2 — Abastecimento

Estudos Especiais: «O ZONEAMENTO AGRÍCOLA NO BRASIL» «PROJEÇÕES DE OFERTA E PROCURA DE FERTILIZANTES» (Mimeografado)

TOMO V — INDÚSTRIA E MINERAÇÃO. SERVIÇOS

- 1 — Desenvolvimento Industrial
- 2 — Indústria Mecânica e Elétrica
- 3 — Siderurgia
- 4 — Indústria de Metais Não-Ferrosos
- 5 — Indústria Química
- 6 — Papel e Celulose. Borracha. Indústrias Tradicionais
- 7 — Indústria de Construção e Ind. de Minerais Não-Metálicos (Cimento)
- 8 — Mineração
- 9 — Pesquisa de Recursos Minerais
- 10 — Turismo

Estudos Especiais: «RELATÓRIO BAHINT SOBRE SIDERURGIA» «PESQUISA DA FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS SOBRE A INDÚSTRIA DE CONSTRUÇÃO» (Mimeografado)

TOMO VI — DESENVOLVIMENTO SOCIAL

- 1 — Educação e Mão-de-Obra
- 2 — Cultura (Mimeografado)
- 3 — Saúde e Saneamento
- 4 — Previdência Social
- 5 — Habitação

Estudos Especiais: «ESTUDO ECONÔMICO DAS UNIVERSIDADES BRASILEIRAS» — «ESTUDO ECONÔMICO DAS FACULDADES DE CIÊNCIAS ECONÔMICAS» — «PESQUISA SOBRE ENSINO MÉDIO» (Mimeografado)

TOMO VII — DESENVOLVIMENTO REGIONAL E URBANO

- 1 — Diretrizes para a Formulação de uma Política de Desenvolvimento Regional do Governo Federal
- 2 — Regionalização dos Programas Industriais
- 3 — Centro-Sul como Região (Mimeografado)
- 4 — Desenvolvimento do Nordeste
- 5 — Desenvolvimento da Amazônia (Mimeografado)
- 6 — Política do Desenvolvimento Urbano

Estudos Especiais: «DELIMITAÇÃO DAS REGIÕES HOMOGÊNEAS» «DELIMITAÇÃO DAS REGIÕES POLARIZADAS». (Mimeografado)

Índice

SAÚDE E SANEAMENTO

PARTE I

SAÚDE

PÁGS.

I. ANÁLISE DO NÍVEL DE SAÚDE	15
II. ANÁLISE DO SISTEMA DE PROTEÇÃO E RECUPERAÇÃO DA SAÚDE	19
III. POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE	27
III. 1 — Objetivos Gerais	27
III. 2 — Medidas Prioritárias	31
IV. ORÇAMENTO-PROGRAMA DE SAÚDE (Mimeografado)	

PARTE II

SANEAMENTO

V. CARACTERIZAÇÃO SUMÁRIA DO PROBLEMA	41
V. 1 — A Função Saneamento	41
V. 2 — Problemática do Saneamento no País	42
V. 2.1 — Saneamento básico	42
V. 2.1.1 — Agravamento do deficit ..	44
V. 2.1.2 — Crise operacional dos sistemas coletivos	45
V. 2.1.3 — A atuação federal no setor	46
V. 2.2 — Saneamento geral	48

	PÁGS.
VI. PROGRAMA NACIONAL DE SANEAMENTO	51
VI. 1 — Definição da Política	51
VI. 2 — Mobilização de Recursos	53
VI. 2.1 — Recursos dos Estados	56
VI. 2.2 — Recursos dos Municípios	57
VI. 2.3 — Recursos externos	57
VI. 2.4 — Recursos próprios	59
VI. 2.5 — Total de recursos	61
VI. 3 — Distribuição dos Recursos por Subprogramas	61
VI. 3.1 — Detalhamento dos recursos para Saneamento Básico	63
VI. 3.2 — Detalhamento dos recursos para Saneamento Geral	63
VII. PLANO DE INVESTIMENTOS	65
VII. 1 — Considerações Gerais	65
VII. 2 — Aplicações em Saneamento Básico	65
VII. 2.1 — Setor de abastecimento de água	66
VII. 2.1.1 — Metas de atendimento no decênio	66
VII. 2.1.2 — Distribuição de recursos por categorias de cidades	67
VII. 2.1.3 — Custos estimados dos serviços	67
VII. 2.1.4 — Montante de aplicações por categorias urbanas	68
VII. 2.1.5 — Projeção do «deficit acumulado» por categorias urbanas	69
VII. 2.1.6 — Possibilidades de atendimento durante o decênio	71

	PÁGS.
VII. 2.2 — Setor de esgotos	73
VII. 2.2.1 — Metas de atendimento no decênio	73
VII. 2.2.2 — Recursos disponíveis .	74
VII. 2.2.3 — Custos estimados das obras programadas ...	75
VII. 2.2.4 — Possibilidades de aten- dimento até 1976	77
VII. 3 — Aplicações em Saneamento Geral	78

PREVIDÊNCIA SOCIAL

I. SÍNTESE DO DIAGNÓSTICO PRELIMINAR DA PREVIDÊNCIA SOCIAL	81
I. 1 — Introdução	81
I. 2 — Aspectos Legislativos	82
I. 3 — Aspectos Institucionais	84
I. 4 — Aspectos Econômicos, Financeiros e Atuariais	85
I. 5 — Assistência Médica	90
I. 6 — Os Aspectos Administrativos	92
I. 7 — Seguro de Acidentes: Alternativas	93
II. A AÇÃO GOVERNAMENTAL NA ÁREA DA PREVIDÊNCIA	97
II. 1 — Unificação Administrativa da Previdência Social	97
II. 2 — Reforma Parcial da Lei Orgânica da Previdência Social	103
II. 3 — Plano de Ação da Previdência Social	105
III. DIRETRIZES DE AÇÃO PARA A PREVIDÊNCIA SOCIAL	107
III. 1 — Providências em Curso	107
III. 2 — Providências a Adotar	108
III. 2.1 — Substituição do regime financeiro	108
III. 2.2 — Assistência ao Trabalhador Rural.....	111
III. 2.3 — Estudos para a implantação da seguridade social	112
III. 2.4 — Instituição do seguro-desemprego	114
III. 2.5 — Reformulação do salário-maternidade ...	114

3. SAÚDE E SANEAMENTO

PARTE I

SAÚDE

I. Análise do Nível de Saúde

Os indicadores de saúde calculados para o Brasil apontam dois fatos de grande importância.

O *primeiro* é a elevação expressiva do nível de saúde da população brasileira, ocorrida nos últimos 25 anos, conforme os dados do Quadro 1 evidenciam claramente.

QUADRO 1
INDICADORES DE SAÚDE ESTIMADOS PARA O BRASIL

INDICADOR	DÉCADA ANTERIOR a 1950	ANOS PRÓXIMOS de 1964
Taxa de mortalidade geral (p/1.000 habitantes).....	20 a 21	13
Taxa de mortalidade infantil (p/1.000 nascidos vivos).....	160	112
Vida média ao nascer (em anos).....	42 a 43	55

O *segundo* é que, apesar dessa melhora, o nível de saúde do País ainda é baixo, quando confrontado com o que se observa nos países desenvolvidos, conforme se pode apreciar no Quadro 2.

QUADRO 2
INDICADORES DE SAÚDE ESTIMADOS PARA O BRASIL E OBSERVADOS EM PAÍSES DESENVOLVIDOS, EM ANOS PRÓXIMOS DE 1964

INDICADOR	BRASIL	VALORES JÁ REGISTRADOS EM PAÍSES DESENVOLVIDOS
Taxa de mortalidade geral (p/1.000 habitantes)...	13	7,4
Taxa de mortalidade infantil (p/1.000 nascidos vivos).....	112	16,5
Vida média ao nascer (anos).....	55	72,0

É preciso assinalar que a taxa de mortalidade geral de 13 óbitos por 1.000 habitantes, no Brasil, adquire maior significação, se fôr levado em conta que apenas 10% dos brasileiros têm 50 anos e mais de idade, ao passo que êsse percentual é superior a 20, nos países desenvolvidos.

Por outro lado, é curioso verificar que alguns países já haviam alcançado o mesmo valor da vida média ao nascer, estimado para o Brasil em 1964, por volta de 1910.

A explicação para a grande diferença entre os indicadores brasileiros e os dos países desenvolvidos encontra-se na contribuição substancial que entre nós faz o grupo de menores de 5 anos de idade para o total de mortes. Enquanto nos países desenvolvidos apenas cêrca de 5% do total de óbitos são de crianças de menos de 5 anos de idade, no Brasil essa percentagem está acima de 50.

O Brasil pode ser assim caracterizado como um país de elevada mortalidade de pessoas jovens.

Verificou-se também que essa elevada mortalidade de pessoas jovens é causada, na maior parte, por doenças transmissíveis, destacando-se entre elas as diarréias infecciosas, a gripe e a pneumonia, a tuberculose pulmonar, o sarampo e o tétano. Merecem ainda citação, muito mais pela incapacidade que provocam do que pelas mortes que causam, a malária, a esquistossomose mansônica, a doença de Chagas, a lepra e a ancilostomose.

É importante ressaltar também que existe apreciável variação do nível de saúde, de acôrdo com a região geo-econômica, o que o Quadro 3 evidencia nitidamente.

É interessante assinalar que as mesmas causas de morte predominam em tôdas as regiões geo-econômicas brasileiras, mas a intensidade com que atuam é condicionada pelo padrão de vida das respectivas populações.

Não deve, então, causar estranheza que a Região Sudeste B, com a maior renda *per capita*, possua igualmente o mais elevado nível de saúde do País, enquanto a Região Nordeste, com a menor renda *per capita*, mostra o mais baixo nível de saúde.

QUADRO 3

INDICADORES DE SAÚDE, CONFORME A REGIÃO GEO-ECONÔMICA DO BRASIL,
EM ANOS PRÓXIMOS DE 1964.

REGIÃO GEO-ECONÔMICA	ESTADOS OU TERRITÓRIOS	TAXA DE MORTALIDADE GERAL (p/1.000 hab.)	TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL (p/1.000 nasc. vivos)	VIDA MÉDIA AO NASCER (EM ANOS)	RENDA <i>per capita</i> (em Cr\$ de 1960)
Norte.....	Pará, Amazonas, Acre, Amapá, Roraima e Rondônia.....	11	67	58	18.600
Nordeste.....	Maranhão, Piauí, Ceará, Rio Grande do Norte, Paraíba, Pernambuco, Alagoas, Sergipe e Bahia.....	18	176	49	13.600
Centro-Oeste.....	Goiás, Mato Grosso e Distrito Federal.....	12	74	56	16.700
Sudeste "A".....	Espírito Santo, Minas Gerais e Rio de Janeiro.....	13	89	55	20.000
Sudeste "B".....	Guanabara e São Paulo.....	9	75	61	54.000
Sul.....	Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul.....	10	73	59	30.000

A Região Nordeste estaria, pois, para os Estados da Guanabara e São Paulo, como o Brasil se situa, no seu todo, em relação a um país desenvolvido. Os próprios dados nacionais apontam, assim, o que se poderá esperar que ocorra nas regiões de mais baixa renda *per capita*, quanto ao nível de saúde, se lhes fôr assegurada uma boa taxa de desenvolvimento econômico.

Do ponto de vista da morbidade, podem ser assim descritas as peculiaridades regionais:

Região Norte: Alta incidência de malária; elevada taxa de prevalência da lepra; ocorrência de febre amarela silvestre e outras arboviroses em tôda a mata amazônica; importante foco de filariose em Belém.

Região Nordeste: Ampla disseminação da esquistossomose mansônica e da doença de Chagas; focos residuais de peste; extensos focos de tracoma; elevada incidência de malária nos Estados do Maranhão, Piauí e Bahia; importantes focos de leishmaniose nos Estados do Ceará e Bahia, e de filariose em Recife.

Região Centro-Oeste: Elevada incidência de malária; alta prevalência de bócio endêmico e de lepra; ocorrência epizootica de febre amarela silvestre; ampla disseminação da doença de Chagas no Estado de Goiás.

Região Sudeste A: Ampla incidência de malária e de esquistossomose mansônica; elevadas taxas de prevalência de bócio endêmico e de lepra; importantes focos de brucelose; alta disseminação da doença de Chagas no Estado de Minas Gerais.

Região Sudeste B: Taxa elevada de prevalência de lepra; focos isolados de esquistossomose mansônica; grande área endêmica de doença de Chagas no Estado de São Paulo.

Região Sul: Áreas de bócio endêmico; baixa incidência de tracoma; moderada incidência de brucelose; larga disseminação da doença de Chagas, principalmente no Estado do Rio Grande do Sul; importante área malarígena no Estado de Santa Catarina; foco de hidatidose no Estado do Rio Grande do Sul.

II. Análise do Sistema de Proteção e Recuperação da Saúde

O sistema brasileiro de proteção e recuperação da saúde desenvolveu-se consoante influências históricas e circunstanciais, sem obedecer a diretrizes preestabelecidas que focalizassem os problemas de saúde em seu conjunto e em âmbito nacional. Fatores demográficos, sociais e econômicos exerceram influência variável, no correr do tempo, para que êle viesse a apresentar as características atuais. Entre êsses fatores merece destaque a forma pela qual o País se organizou politicamente.

Sendo o Brasil uma união de Estados que possuem considerável grau de autonomia, era natural que certas tarefas de proteção e recuperação da saúde acabassem por ficar distribuídas entre os dois níveis de governo — federal e estadual —, enquanto outras permaneciam no campo da iniciativa privada.

Constitucionalmente, compete à União estabelecer planos nacionais de saúde e legislar sôbre normas gerais de defesa e proteção da saúde e sôbre condições de capacidade para o exercício das profissões liberais técnico-científicas.

Entretanto o Governo Federal participa também ativamente na formação de pessoal especializado e nas pesquisas de interesse médico-sanitário, além de colaborar técnica e financeiramente com os Estados e instituições particulares.

Cabem aos Estados as prerrogativas de organizar a assistência médico-sanitária nas áreas sob sua jurisdição, enquanto aos Municípios, cuja autonomia também é assegurada pela Constituição da República, compete organizar os serviços públicos locais, entre os quais se situam os de abastecimento de água, e os de remoção de dejetos e lixo.

Não existe no Brasil preceito legal que imponha à União, aos Estados ou aos Municípios a obrigação de prestar assistência médica à população em geral; contudo, ela é hoje não apenas aceita como importante atividade de saúde pública, mas reclamada nos programas dos serviços federais, estaduais e municipais de saúde, e grandemente financiada, principalmente pela União e pelos Estados, quando sob a responsabilidade de instituições privadas.

A análise da distribuição dos leitos hospitalares e dos serviços oficiais de saúde pública, de acordo com a natureza da entidade mantenedora, dá bem idéia da participação dos diferentes setores, na prestação de assistência médica e sanitária.

QUADRO 4
DISTRIBUIÇÃO DOS LEITOS HOSPITALARES, DE ACÔRDO
COM A NATUREZA DA ENTIDADE MANTENEDORA

NATUREZA DA ENTIDADE MANTENEDORA	TOTAL DE LEITOS		LEITOS DE LONGA PERMANÊNCIA (1)		LEITOS DE CURTA PERMANÊNCIA (2)	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Governo Federal.....	17.141	7,2	11.980	14,6	5.161	3,3
Governos Estaduais.....	70.083	29,5	52.650	63,6	17.433	11,3
Governos Municipais.....	3.201	1,3	376	0,5	2.825	1,8
Entidades Paraestatais.....	4.315	1,8	329	0,4	3.986	2,7
Entidades Particulares.....	142.190	60,2	17.326	20,9	124.864	80,9
BRASIL.....	236.930	100,0	82.661	100,0	154.269	100,0

Fonte: Anuário Estatístico do Brasil, 1965 — IBGE.

(1) Leitos para tuberculose, lepra, neuropsiquiatria.

(2) Leitos para clínica médica, cirúrgica, obstétrica, pediátrica.

Do total de leitos, 40% são mantidos pelos diferentes níveis de Governo, contra 60% pertencentes a entidades privadas.

Examinando separadamente os leitos para enfermidades de curta e longa permanência hospitalar, verifica-se que estão a cargo

dos governos 79% dos leitos destinados à tuberculose, lepra e neuropsiquiatria, contra 21% sob administração privada. No tocante aos leitos para casos que exigem curta permanência no hospital, a predominância é nitidamente do setor privado, que administra cerca de 61% desses leitos.

A assistência médica e hospitalar geral ainda é, em grande parte, de natureza privada, embora aumente progressiva e rapidamente a importância do financiamento dessa assistência com recursos oficiais. Os maiores gastos públicos nesse campo são feitos pelas instituições de Previdência Social.

Dentro do setor governamental de administração direta, a maior parcela de responsabilidade cabe aos Estados, tanto no que se refere aos leitos de longa permanência, quanto no que diz respeito aos leitos de curta permanência.

A grande maioria dos serviços oficiais de saúde pública acha-se sob administração dos governos estaduais; ao Governo Federal cabe, nesse campo, apenas uma ação supletiva, devendo assinalar-se que há, no País, forte corrente de opinião a favor da municipalização desses serviços.

QUADRO 5

DISTRIBUIÇÃO DOS SERVIÇOS OFICIAIS DE SAÚDE PÚBLICA QUANTO À NATUREZA DA ENTIDADE MANTENEDORA — 1962

NATUREZA DA ENTIDADE MANTENEDORA	SERVIÇOS	
	N.º	%
Governo Federal.....	490	13,9
Governos Estaduais.....	2.737	78,0
Governos Municipais.....	286	8,1
BRASIL.....	5.313	100,0

Fonte: Anuário Estatístico do Brasil, 1965 — IBGE.

A distribuição dos recursos médico-assistenciais, no País, acompanha, de modo geral, a distribuição da renda interna. As regiões geo-econômicas brasileiras em que a população conta com menor número de médicos e de leitos hospitalares por habitantes

são também as de menor renda *per capita*, conforme demonstram os dados do Quadro 6.

QUADRO 6

NÚMERO DE MÉDICOS E DE LEITOS HOSPITALARES E RENDA *PER CAPITA* CONFORME A REGIÃO GEO-ECONÔMICA NO BRASIL.

REGIÃO	ESTADOS OU TERRITÓRIOS	NÚMERO DE MÉDICOS EM 1963		NÚMERO DE LEITOS HOSPITALARES EM 1962		RENDA <i>per capita</i> (em Cr\$ de 1960)
		Total	p.1.000 hab.	Total	p.1.000 hab.	
Norte.....	Pará, Amazonas, Acre, Amapá, Roraima e Rondônia.....	578	2,0	6.760	2,3	18.600
Nordeste.....	Maranhão, Piauí, Ceará, Rio Grande do Norte, Paraíba, Pernambuco, Alagoas, Sergipe e Bahia.	4.752	2,1	36.393	1,6	13.600
Centro-Oeste.....	Goiás, Mato Grosso e Distrito Federal.....	795	2,3	6.813	2,0	16.700
Sudeste.....	Espírito Santo, Minas Gerais, Rio de Janeiro, Guanabara e São Paulo.....	24.353	7,3	131.235	3,9	37.500
Sul.....	Paraná, Sta. Catarina e Rio Grande do Sul.....	4.715	3,5	51.884	3,8	30.000

Além disso, dentro de cada região, a grande maioria dos médicos e dos leitos hospitalares está nas capitais, conforme se vê do Quadro 7.

QUADRO 7

NÚMERO DE MÉDICOS E DE LEITOS HOSPITALARES POR HABITANTE, NAS CAPITALS E NO INTERIOR DE CADA REGIÃO GEO-ECONÔMICA, EM ANOS PRÓXIMOS DE 1963

REGIÃO	MÉDICOS (por 10.000 habitantes)		LEITOS HOSPITALARES (por 1.000 habitantes)	
	Capitais	Interior	Capitais	Interior
Norte.....	4,9	0,8	5,2	1,1
Nordeste.....	9,4	0,8	6,2	0,8
Centro-Oeste.....	11,3	1,1	7,0	1,2
Sudeste.....	15,6	4,0	6,5	2,8
Sul.....	9,4	2,8	10,1	3,1
BRASIL.....	13,0	2,5	6,7	2,1

A distribuição dos recursos médico-sanitários no território nacional é, pois, inadequada ao atendimento das necessidades da população.

Outra característica importante do sistema nacional de proteção e recuperação da saúde é o número relativamente pequeno de sistemas públicos de abastecimento de água existente no País, sendo conseqüentemente elevada a percentagem da população brasileira que não dispõe desse tipo de serviço.

Um levantamento feito em 1961 revelou ser muito grande o número de sedes municipais que não dispõem de sistemas de abastecimento de água, conforme se vê no Quadro 8.

QUADRO 8

SITUAÇÃO DAS SEDES MUNICIPAIS (1) QUANTO AO ABASTECIMENTO DE ÁGUA NAS REGIÕES GEO-ECONÔMICAS, EM JUNHO DE 1960

REGIÃO	ESTADOS OU TERRITÓRIOS	SEDES MUNICIPAIS		
		TOTAL	SEM ABASTECIMENTO PÚBLICO D'ÁGUA	
			N.º	%
Norte.....	Pará, Amazonas, Acre, Roraima e Rondônia.....	115	78	67,8
Nordeste.....	Maranhão, Piauí, Ceará, Rio Grande do Norte, Paraíba, Pernambuco, Alagoas, Sergipe e Bahia.....	864	659	76,3
Centro-Oeste.....	Goiás e Mato Grosso.....	240	202	84,2
Sudeste.....	Espírito Santo, Minas Gerais, Rio de Janeiro, Guanabara e São Paulo.....	1.051	282	26,8
Sul.....	Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul.....	371	250	67,4
BRASIL.....		2.641	1.471	55,7

(1) Não foram incluídas as sedes municipais, cujos sistemas de abastecimento d'água já se achavam em construção, e capitais de Estados e Territórios.

Os grandes investimentos realizados nos últimos anos ainda foram insuficientes para acompanhar o ritmo do crescimento demográfico, permitindo que a percentagem da população beneficiada por serviços públicos de abastecimento de água continue aumentando, ao invés de diminuir. O mesmo pode ser afirmado com relação aos serviços de esgotos sanitários.

Outro aspecto digno de destaque é o baixo rendimento na produção de serviços, para o que concorrem diversas deficiências e distorções existentes no sistema nacional de proteção e recuperação da saúde.

Uma delas é a inexistência de um órgão central capaz de coordenar as atividades de saúde no País, pois ao Ministério da Saúde faltam os instrumentos legais e institucionais para fazê-lo. Assim é que existem órgãos na própria esfera federal, que possuem serviços de saúde praticamente autônomos, funcionando sem maior ligação com os programas do Ministério da Saúde. O exemplo mais ilustrativo desta falta de entrosamento entre órgãos federais é representado pelas relações entre as instituições de Previdência Social e o Ministério da Saúde. (Ver Programa de Previdência Social.)

Juridicamente, as instituições de Previdência Social não têm qualquer vinculação direta com o Ministério da Saúde. Indiretamente, pode haver interferência dêste naquelas, por caber ao Ministério da Saúde propor a legislação sôbre normas gerais de defesa e proteção da saúde. Pode ser ainda incluída nessa vinculação a representação que o Ministério da Saúde mantém no Conselho de Medicina da Previdência Social (art. 341 do Decreto nº 48.959-A, Regulamento Geral da Previdência Social).

Administrativamente, as relações entre as instituições de Previdência Social e o Ministério da Saúde têm sido estabelecidas através de simples troca de correspondência ou pela assinatura de convênios. Um dêles, por exemplo, responsabiliza a Previdência Social pelo financiamento de determinado número de leitos em hospital de tuberculosos pertencente ao Ministério da Saúde.

Conseqüentemente, a coordenação dos recursos médico-assistenciais da Previdência Social e do Ministério da Saúde se faz ainda hoje de modo muito precário.

Deve-se destacar, também, a falta de entrosamento que se observa entre os serviços federais, estaduais, municipais, paraestatais e privados, fazendo com que, em muitas áreas do País, diversos órgãos executem programas semelhantes sem qualquer coordenação.

As numerosas instituições que atuam no campo da saúde não constituem, portanto, um conjunto articulado e hierarquizado, e a expressão «sistema nacional de proteção e recuperação da saúde» só se justifica como uma forma sintética de designar a totalidade dos órgãos médico-sanitários.

Enquanto perdurar essa situação, torna-se impossível corrigir a inadequada distribuição dos recursos médico-sanitários no território nacional e fazer uma avaliação periódica dos serviços prestados.

Conviria agora examinar o total de recursos que o Brasil destina para manter seu sistema de proteção e recuperação da saúde.

A dificuldade está em que não existem dados que permitam fazer uma estimativa dos gastos nacionais com a saúde.

Entretanto, informações provenientes de países de diferentes estágios de desenvolvimento, nos quais é adotado o regime de livre iniciativa, regulado pela economia de mercado, mostram que as despesas totais com a função saúde variam entre 4% e 6% das respectivas rendas nacionais.

O Brasil não parece constituir exceção ao que se apresenta como regra geral, pois somente os governos da União, dos Estados e dos Municípios despendem com saúde cerca de 3% do Produto Interno Bruto, e não parece fora de propósito aceitar que o setor privado gaste, no mínimo, mais 1%.

É interessante assinalar ainda que na esfera da administração centralizada federal, a instituição mais importante é o Ministério da Saúde, ao qual o Governo da União destina 50% dos recursos que despende com a função saúde. Apesar disso, a relação entre a despesa do Ministério da Saúde e as despesas totais do Governo Federal tem-se mantido, nos últimos anos, em torno de 3%.

Com falhas graves de administração e financiamento, o sistema nacional de proteção e recuperação da saúde não tem podido aplicar, na escala necessária, os recursos tecnológicos atualmente disponíveis em benefício da saúde do povo brasileiro, custando muito, por outro lado, a incorporar novas técnicas de alta eficiência no programa de trabalho de suas unidades.

III. Política Nacional de Saúde

III.1 — Objetivos Gerais

A verificação de que certas doenças transmissíveis são as principais responsáveis pelas elevadas taxas de mortalidade, morbidade e incapacidade que ainda hoje são registradas no País, por um lado, e, por outro, a disponibilidade de recursos profiláticos e terapêuticos de alta eficiência, levam a recomendar a intensificação do combate a êsse grupo de doenças como o *primeiro objetivo* de uma Política Nacional de Saúde, para o decênio 1967-1976.

Existem em curso no País diversas campanhas de contrôle ou erradicação de doenças transmissíveis, sob a responsabilidade direta do Governo Federal.

Como etapa preliminar para a organização dessas campanhas, e em consequência delas, foram feitos numerosos inquéritos epidemiológicos que tiveram, entre outros, o propósito de delimitar as áreas do País em que ocorre transmissão dessas doenças. Dispõe-se, por isso, dos dados necessários para afirmar com segurança que as campanhas em curso não puderam até agora ser estendidas a tôdas as áreas comprovadamente endêmicas do território nacional.

A intensificação do combate às doenças transmissíveis deverá, por conseguinte, significar uma ampliação geográfica das campanhas profiláticas, de modo a levar, em curto prazo, a outros mi-

lhões de brasileiros, sobretudo no interior do País, os benefícios decorrentes da aplicação de recursos tecnológicos de alta eficiência, fácil aplicação e custo relativamente baixo. Cumpre não descuidar, simultaneamente, do aperfeiçoamento do trabalho que já está sendo realizado, valendo destacar, neste particular, a necessidade de capacitar cada vez melhor o pessoal encarregado das diversas tarefas, e de proceder a uma avaliação periódica dos resultados obtidos, com base em critérios uniformes.

Se é possível indicar com bastante precisão o que se pode e o que se deve fazer com relação às principais doenças transmissíveis, o mesmo não ocorre quanto aos problemas, cuja solução depende exclusivamente da prestação de assistência médica. Esta é, sem dúvida, a parte mais complexa e dispendiosa da função saúde, e merece ser detidamente analisada.

Convém, de início, definir assistência médica como incluindo todos os serviços de diagnóstico e tratamento, executados em hospitais, policlínicas, centros de saúde, ambulatórios, maternidades, consultórios particulares ou domicílios.

Assim entendida, a parte mais cara da assistência médica é a que se presta em hospital, o qual pode ser definido como uma instituição que acomoda os pacientes por 24 horas ou mais, para que possam receber os cuidados que normalmente não se lhes pode assegurar em outro ambiente.

Em relação à prestação de assistência médica no País, duas alternativas principais podem ser consideradas para o próximo decênio: a) aumento da produtividade com expansão do sistema; e b) aumento da produtividade sem expansão do sistema.

Para verificar qual das duas alternativas é mais conveniente e exequível, é necessário levar em conta outras informações.

Os serviços de diagnóstico e tratamento são fundamentalmente executados por médicos, de modo que a expansão do sistema de recuperação da saúde é, antes de mais nada, função do número desses profissionais.

Ora, tem sido assinalado que os países destinam em torno de 1% de suas rendas nacionais para remunerar os serviços prestados pelos médicos. Nessas condições, a duplicação do número

de médicos no Brasil, por exemplo, em prazo curto, não significaria que o País passasse a gastar o dôbro, isto é, 2%, ao invés de 1%, de sua renda nacional, para pagar os médicos. Estes passariam, pelo contrário, a ganhar menos, se o aumento relativo de seu número não fôsse acompanhado por crescimento proporcional da renda nacional.

Deve-se acrescentar também que o número de leitos hospitalares tem de guardar determinada proporção em relação ao número de médicos, para dar bom rendimento. Não adianta construir novos hospitais nem ampliar os existentes, se não houver número suficiente de médicos para tratar dos doentes que nêles sejam internados.

O número de médicos e de leitos hospitalares é, portanto, função da renda nacional, o que permite afirmar que a expansão da parte do sistema nacional que produz serviço de diagnóstico e tratamento só ocorrerá na medida em que o País se desenvolver economicamente.

A necessidade de maior número de serviços de assistência médica não é, assim, fácil de satisfazer e, no caso específico dos leitos hospitalares, deve-se ter em conta as vantagens que se obteriam reduzindo o tempo médio de permanência e prestando serviços adequados de consulta externa como alternativa para a internação do paciente.

Os dados referentes a um país latino-americano, publicados em recente monografia sobre assistência médica pela Repartição Sanitária Panamericana, servem de ilustração.

No referido país, os gastos com assistência hospitalar aumentaram de US\$ 33.872.000, em 1952, para US\$ 41.219.000, em 1960. Não obstante, ao reduzir-se a média de permanência hospitalar de 19 dias, em 1952, para 13,9 dias, em 1960, tornou-se possível internar quase o dôbro de casos, com uma redução do custo médio por caso de US\$ 93,85 em 1952, para US\$ 68,17, em 1960. Convém assinalar, ainda, que durante êsse período, em virtude do crescimento da população, diminuiu na realidade a proporção de leitos disponíveis, que de 4 passou para 3,8 por 1.000 habitantes.

A verificação de que o número de médicos e de leitos hospitalares é função da renda nacional e de que é possível aumentar apreciavelmente a capacidade de atendimento dos hospitais, mediante a redução do tempo médio de permanência, mostra que a alternativa mais exequível e conveniente para o próximo decênio consistirá em elevar o rendimento do sistema nacional de recuperação da saúde, independentemente de medidas que visem à melhoria da distribuição ou do incremento dos recursos médico-assistenciais.

O *segundo grande objetivo* da política nacional de saúde deverá ser então a melhoria da produtividade do sistema de proteção e recuperação da saúde, para aumentar a taxa de satisfação da demanda de assistência médica.

Por outro lado, é preciso ressaltar que enquanto os serviços de saúde não se tornarem acessíveis à grande maioria do povo brasileiro, será muito difícil evitar certas doenças e prestar assistência médica com oportunidade.

A ampliação, em extensão e profundidade, do campo de ação dos serviços de saúde assume, assim, grande importância, inclusive para consolidar os resultados obtidos com o trabalho intensivo realizado contra algumas doenças transmissíveis. No caso da campanha de erradicação da malária, por exemplo, é de grande importância estabelecer uma vigilância epidemiológica contínua, que só pode ser bem executada por unidades de saúde convenientemente distribuídas por toda a área malarígena.

A expansão da rede de unidades locais de saúde passa a ser então o *terceiro objetivo* geral da política nacional de saúde para o decênio 1967-1976.

À primeira vista, pode parecer que a proposta de expansão da rede de unidades locais de saúde entra em conflito com o segundo objetivo geral, que estabelece a melhora de produtividade do sistema de proteção e recuperação da saúde como meio de aumentar a taxa de satisfação da demanda de assistência médica.

Na realidade, esse conflito não existe, pois é possível e desejável promover a referida expansão mediante o *estabelecimento de unidades locais muito simples*, operadas por pessoal de nível

médio e auxiliar, mas capacitado para executar um programa básico de controle de doenças transmissíveis, saneamento do meio e registro de dados para efeito de análise estatística.

III.2 — Medidas Prioritárias

Para atingir os três objetivos gerais da Política Nacional de Saúde para o decênio 1967-1976, as seguintes medidas deverão ser consideradas prioritárias:

I — Criação dos instrumentos institucionais e legais capazes de assegurar ao Ministério da Saúde a coordenação das atividades de saúde do Setor Público Federal.

Diversas instituições da esfera de administração federal atuam no campo da saúde, e seus recursos só terão um aproveitamento racional se passarem a constituir de fato um sistema articulado, sob orientação do Ministério da Saúde.

Impõe-se, sobretudo, estabelecer um entendimento amplo e imediato entre o Ministério da Saúde e o serviço médico do Instituto Nacional de Previdência Social, diante do grande apoio que um poderá dar aos programas do outro.

II — Estabelecimento de um sistema nacional de estatísticas de saúde.

As necessidades da administração e do planejamento, no campo da saúde, exigem, cada vez mais, que o País disponha de informações uniformes e oportunamente processadas, como, aliás, ocorre em qualquer outro setor de atividades.

Já é considerável o volume de estatísticas de saúde disponível para certas áreas brasileiras. Entretanto, êsses dados ficam, em grande parte, retidos nas fontes em que foram originalmente registrados, por falta de um mecanismo eficiente de transmissão dos mesmos para um órgão central.

Muitos casos de doenças, por exemplo, são diagnosticados diariamente nos hospitais e centros de saúde do País, mas não chegam jamais a ser analisados em conjunto; o mesmo ocorre em

relação aos óbitos registrados nos numerosos cartórios de registro civil.

É, pois, indispensável adotar medidas capazes de aproveitar melhor as informações estatísticas regularmente registradas no País, entre as quais duas merecem destaque: reforço em pessoal e equipamento para o Serviço de Estatísticas da Saúde do Ministério da Saúde, e ajuda técnica e material aos órgãos correlatos dos Estados, Territórios e Distrito Federal.

Por outro lado, é preciso que o sistema nacional de estatística de saúde se prepare para obter mais informações por amostragem.

Neste sentido, além de continuar a análise das estatísticas de saúde referentes às capitais dos Estados e Territórios, será possível e importante estender, em prazo curto, a coleta de dados de mortalidade e morbidade às cidades que venham a ser identificadas como pólos de desenvolvimento, nas diferentes áreas do território nacional. Ter-se-á então uma base muito mais segura para as estimativas nacionais e regionais.

III — Melhoria da qualificação do pessoal profissional e intensificação da formação de pessoal de nível médio e auxiliar.

O setor saúde é eminentemente produtor de serviços, e, por isso mesmo, uma das formas mais eficientes de melhorar sua produtividade é capacitar cada vez melhor os profissionais encarregados de suas variadas e, muitas vezes, complexas tarefas.

O Governo Federal dispõe hoje dos instrumentos necessários para adestrar os profissionais de saúde, e por meio de um amplo programa de concessão de bolsas de estudo deverá aumentar apreciavelmente o número daqueles que, anualmente, terão oportunidade de aperfeiçoar seus conhecimentos e técnicas de trabalho.

Por outro lado, a utilização em maior escala de pessoal de nível médio e auxiliar permitirá ampliar de imediato a cobertura dos serviços de saúde.

Como o treinamento dessas categorias de pessoal deve ser feito de preferência nos locais em que vão trabalhar, o Governo

Federal dará assistência técnica e financeira aos Estados para que estes possam intensificar sua formação.

IV — Organização de campanhas de erradicação ou controle contra doenças transmissíveis.

A luta contra certas doenças transmissíveis deverá ser feita sob a forma de campanhas sempre que houver a possibilidade de aplicar, em prazo limitado e em grande escala, recursos profiláticos e terapêuticos de alta eficiência. Não havendo medidas eficazes ou recursos suficientes e não sendo o período bastante curto, não se justifica a organização de campanhas, devendo nesse caso o combate a esse grupo de doenças ser incluído nos programas normais das unidades de saúde.

No caso da erradicação, em que se visa a uma solução radical e definitiva, qual seja o desaparecimento da doença, é necessário satisfazer certos requisitos.

Uma campanha de erradicação só deverá ser instituída se existirem medidas capazes de interromper a transmissão da doença e eliminar seu último foco, num prazo limitado; se houver disponibilidade de recursos financeiros, materiais e humanos que permitam pôr em prática essas medidas em toda a área afetada, proporcionando cobertura total e proteção efetiva e obedecendo a um ritmo adequado; e, finalmente, se for possível impedir a reinfecção das áreas das quais a doença tenha sido eliminada.

É possível satisfazer os citados requisitos, em relação à malária e à varíola, de modo que as campanhas de erradicação dessas doenças, já em pleno curso, deverão prosseguir com todo o apoio do Governo Federal.

Em relação a outras endemias, como a doença de Chagas, o tracoma, a leishmaniose, continuarão as campanhas de controle, visando à diminuição de sua prevalência.

V — Assistência técnica e financeira para projetar, construir e operar serviços de abastecimento de água e de remoção de dejetos.

O Governo Federal reconhece que o abastecimento de água adequado em quantidade e qualidade constitui medida de grande

importância para a proteção da saúde e é indispensável para o desenvolvimento econômico e social.

Como a insuficiência de recursos financeiros é que impede a implantação de serviços de abastecimento de água nas comunidades brasileiras, sobretudo nas que têm menos de 100.000 habitantes, o Governo Federal prestará assistência aos Estados e Municípios para a execução de programas de saneamento básico, procurando obter, inclusive, ajuda financeira internacional para esse fim. (Ver Programa de Saneamento.)

O sistema de financiamento a ser adotado, na base de empréstimos às Prefeituras Municipais, será de suma importância, pois proporcionará o retorno do capital investido, com a grande vantagem de acelerar os programas de implantação dos sistemas de abastecimento de água, mediante a aplicação de recursos substanciais, que permitem baratear-lhes o custo, além de diminuir o tempo de execução de cada projeto.

Como, no campo do saneamento, o abastecimento de água é prioritário, o programa de implantação de sistemas de esgotos sanitários deverá concentrar-se nos centros urbanos mais populosos.

VI — Ajuda financeira visando a incentivar a ampliação do número de unidades locais de saúde.

O estabelecimento e a manutenção das redes de unidades locais de saúde são, tradicionalmente, no País, de responsabilidade dos governos estaduais. O Governo da União deverá, entretanto, contribuir para aumentar-lhes o raio de ação, prestando assistência financeira aos Estados.

As novas unidades a serem criadas com o auxílio financeiro da União *deverão ser, de preferência, como já foi assinalado, muito simples e operadas por pessoal de nível médio e auxiliar*, mas capazes de executar atividades básicas de saneamento do meio, controle de doenças transmissíveis e registro de dados estatísticos.

Como complemento desse esforço, a União deverá auxiliar os Estados a instituir, dentro de seus respectivos territórios, um

sistema articulado e hierarquizado de unidades locais de saúde, de modo que as mais simples possam receber supervisão e apoio por parte do pessoal profissional lotado nos centros maiores.

VII — *Colaboração técnica e financeira com as instituições que prestam assistência médica.*

Diversos fatores prejudicam ou impedem a prestação oportuna de assistência médica a grandes parcelas de população brasileira. Entre eles destaca-se a distribuição irregular dos médicos e leitos hospitalares no País, deixando grandes áreas habitadas do território nacional desprovidas desses recursos, como já foi indicado anteriormente.

Não é fácil corrigir essa situação, de vez que os recursos médicos que uma comunidade pode manter dependem fundamentalmente de sua renda interna.

A solução mais exequível, nos próximos anos, consistirá em escolher, dentre os hospitais já em funcionamento, aqueles que têm localização mais adequada e em ajudá-los técnica e financeiramente, para que possam dar cobertura regional, e não apenas local, nas áreas em que atuam. Um sistema regular de comunicações e transporte, por exemplo, pode ampliar consideravelmente o raio de ação de um hospital.

O auxílio técnico e financeiro do Governo Federal deve visar à *melhoria da produtividade dos hospitais, a se traduzir, entre outros índices, pelo aumento da taxa de ocupação e pela diminuição de tempo médio de permanência*. Com este fim, além de bolsas de estudo para melhor capacitação de pessoal e do financiamento para aquisição de equipamento de diagnóstico e tratamento, será necessário organizar racionalmente os serviços administrativos, para que possam ser calculados inclusive os índices anteriormente citados.

VIII — *Formulação de um programa de pesquisas aplicadas.*

O programa de pesquisas do Governo Federal deverá ser orientado no sentido de encontrar as melhores formas de aplicação

dos recursos humanos, tecnológicos e financeiros na solução dos problemas de saúde.

As pesquisas de natureza operacional justificam-se, plenamente, a fim de corrigir as falhas de organização e financiamento dos serviços de saúde e permitir a utilização em maior escala de recursos tecnológicos de alta eficiência e fácil aplicação.

IV. ORÇAMENTO-PROGRAMA DE SAÚDE

**Ver Tomo I dêste Plano, sôbre o Orçamento-Programa
Pluri anual**

PARTE II

SANEAMENTO

V. Caracterização Sumária do Problema

V.1 — A Função do Saneamento

O entendimento corrente consagrou uma definição genérica para as atividades de *saneamento*: provimento e utilização adequados dos recursos hídricos, para fins ligados às condições de saúde e higiene das populações. Estende-se modernamente a expressão a atividades relacionadas com o combate ou a prevenção contra a contaminação de outros elementos essenciais à sanidade humana — como por exemplo, a poluição do ar, nos centros metropolitanos ou industriais.

O suprimento de água de boa qualidade para fins domésticos, paralelamente com o esgotamento por via hídrica dos dejetos humanos, constitui, no consenso geral, a forma mais importante das atividades de saneamento. Receberam por isso qualificação significativa: *saneamento básico*.

Ao seu lado, desenvolvem-se atividades de *saneamento geral* nos campos de:

- a) controle da poluição dos recursos hídricos;
- b) defesa contra inundações;

- c) drenagem de áreas alagadas ou pantanosas;
- d) combate à erosão por via hídrica;
- e) represamento da água para fins sanitários (contrôle de enchentes e abastecimento de água).

A classificação que se propõe, para fins dêste Documento, baseia-se no esquema exposto.

V. 2 — Problemática do Saneamento no País

É notória a deficiência dos serviços de saneamento no Brasil. Um diagnóstico fidedigno da situação esbarra com a inexistência, ou insuficiência, de estatísticas e outras informações específicas. Explicam-se por outro lado as lacunas no campo da informação, em grande parte pela ausência de coordenações das tarefas vinculadas ao setor, que adiante será objeto de mais aprofundado exame.

V. 2.1 — Saneamento básico

Os dados referentes à situação nacional, pertinente ao saneamento básico, indicam que mais de metade dos centros urbanos ainda estão desprovidos de serviços satisfatórios de suprimento d'água, elevando-se muito acima dessa proporção a carência no tocante aos esgotos (rêde coletiva). Esta simples indicação não basta para dar as exatas dimensões do *deficit*, visto como não leva em conta a população desservida.

Com base no Censo de 1960, pode-se estimar quantitativamente a carência dos serviços públicos de abastecimento de água e sistemas de esgôto:

Servida por água oriunda de rede geral	13,1
Servida por esgotos de via hídrica:	
Ligados à rede geral	8,9
Ligados a fossas sépticas	8,0
Subtotal (esgotamento por via hídrica adequada)	16,9
População urbana total	31,6

Em termos proporcionais, o quadro acima permite a determinação de *deficits* da ordem de 57% das populações urbanas, no tocante à água; e de 72%, no referente aos esgotos sanitários adequados (rede coletiva). Para os fins deste Plano, admite-se também como aceitável, no caso do esgotamento de dejetos a solução individual da fossa séptica, circunscrita embora aos centros urbanos de secundária expressão demográfico-econômica. Computada a parcela da população atendida dessa maneira, o *deficit* em esgotos sanitários reduzir-se-ia para 47%.

Levantamentos mais recentes, de várias fontes, permitem fundamentar estimativa das proporções atuais do *deficit*, segundo distintos níveis de «tamanho» dos centros urbanos. Para esse fim, consideram-se as categorias:

- a) *Cidades grandes*: (mais de 300 mil habitantes)
- b) *Cidades médias*: (entre 20 e 300 mil habitantes)
- c) *Cidades pequenas*: (abaixo de 20 mil habitantes).

A distribuição relativa da população urbana total do País, segundo cada uma das categorias indicadas, correspondia em 1960 aproximadamente a:

<i>Categorias</i>	%
a) <i>Cidades grandes</i>	35
b) <i>Cidades médias</i>	40
c) <i>Cidades pequenas</i>	25
População urbana total	100

Os *deficits* atuais (1966/67) dos serviços de saneamento básico estariam dimensionados, em termos proporcionais, pelos seguintes números:

<i>Categorias</i>	<i>Deficit</i> (% de população não suprida)
1. <i>Água</i> (rede geral)	
a) Cidades grandes	40
b) Cidades médias	60
c) Cidades pequenas	80
2. <i>Esgotos</i>	
a) Cidades grandes (rede geral)	50
b) Cidades médias (rede geral)	70
c) Cidades pequenas (fossas sépticas)	80

Nota-se que o *deficit* de esgotos sanitários, relativo às cidades pequenas, está medido em função, *exclusivamente*, do não provimento de fossas sépticas — o que equivale dizer que se considera descabida a implantação de sistemas coletivos em tais localidades.

V.2.1.1 — Agravamento do deficit

O acelerado processo de urbanização do País, que provavelmente se tornará mais veloz em futuro próximo, criará condições para o agravamento desses *deficits*. Não é demais lembrar, a propósito, que o ritmo de incremento das populações urbanas brasileiras se mediu, entre 1950/60, por média anual de mais de 7%, duas vezes superior à média geral do aumento populacional do País. Se forem mantidas as tendências históricas do desenvolvimento, alcançará a população total brasileira, por volta de 1976, cifra global da ordem de 110 milhões de habitantes, dos quais é provável que 66,7 milhões estejam radicados em zonas urbanas. Isto significará um índice de *urbanização* da ordem de 60%, que se contrapõe enfaticamente à verificada em 1960 (Censo), da ordem de apenas 44%.

A expansão urbana tem óbvia repercussão nos serviços básicos de saneamento, que são solicitados a atender populações cada vez

maiores e mais densamente concentradas. Requer portanto, ao lado de uma correspondente expansão dos sistemas coletivos de água e esgotos, sua periódica remodelação técnica, para ajustar-se à crescente concentração da demanda.

Aliás, as soluções coletivas para provimento de água e esgotamento de dejetos, consideradas tecnicamente corretas e definitivas, só têm aplicação economicamente aconselhável em áreas urbanas. Nas condições brasileiras, o solucionamento do problema de saneamento básico em áreas rurais e semi-rurais, tem que apelar ainda para medidas de caráter individual.

V.2.1.2 — Crise operacional dos sistemas coletivos

O abastecimento de água e os serviços de esgotos são tarefas da competência privativa das administrações municipais, a quem por conseqüência competiria implantá-los e mantê-los em operação. Como decorrência disso, também é da atribuição municipal a fixação de taxas pela prestação dos serviços, sua cobrança, e aplicação dos recursos gerados.

A implantação de serviços públicos de água e esgotos importa, entretanto, em obras de custo relativamente elevado. Sua adequada operação requer, por outro lado, pessoal profissional de bom nível, além de grande flexibilidade e dinamismo administrativo.

A experiência brasileira tem demonstrado que as administrações municipais carecem, geralmente, de condições para atender a tais requisitos. Em primeiro lugar, por não dispor de recursos financeiros suficientes à implantação; e secundariamente, por não poder sustentar máquina operacional devidamente qualificada, e encontrar compreensíveis dificuldades para a fixação e o efetivo exercício de uma política tarifária realista.

A falta de recursos locais gerou a política de subsídios federais para o setor, a ponto de, na atualidade, as subvenções da União constituírem a maior fonte de suprimento dos programas de saneamento básico no País. É ilustrativo, a propósito, assinalar que as verbas orçamentárias para investimento no setor, constantes do Orçamento da União para 1967, montam a NCr\$ 91 milhões. Ora,

os recursos previstos (1966) pela totalidade dos Municípios brasileiros (inclusive as capitais) para investimentos em geral orçavam em NCr\$ 311 milhões. Vê-se, pois, que as inversões federais apenas em *saneamento básico* equivalem a perto de uma têrça parte da *totalidade* das inversões municipais, o que dá a medida da importância da União, na condução da política de saneamento.

As contribuições federais são utilizadas em obras que revertem, em geral, para o patrimônio municipal. As dificuldades assinaladas de operação e manutenção dos serviços, por parte do Poder Municipal, atuam, desde então, como fonte erosiva de alto poder destruidor, conduzindo à rápida deterioração dos sistemas implantados. Ademais, a inadequada política tarifária geralmente adotada pelas administrações municipais não possibilita a formação de reservas para os reinvestimentos necessários à renovação e ampliação das obras (é freqüente, aliás, a cobrança de tarifas insuficientes até mesmo para atender às despesas de custeio dos serviços).

Chegou-se, por esta via, a uma situação insustentável, que vem sendo penosamente modificada nos últimos anos, em algumas áreas da administração federal com atividade no setor. A Fundação SESP, por exemplo, inaugurou uma política de contróle efetivo e direto sôbre as respectivas aplicações em saneamento básico, que lhe tem possibilitado alcançar níveis de eficiência e rendimento muito superiores à média. A recente criação do Grupo Executivo do Fundo Nacional de Financiamento para Abastecimento de Água — GEF, na área do Departamento Nacional de Obras de Saneamento (DNOS), constitui outra experiência válida para uma mudança radical da política de atendimento a fundo perdido, que a União tradicionalmente vinha sustentando.

V.2.1.3 — A atuação federal no setor

A natureza paternalista das atividades federais no setor de saneamento básico era o fator principal da enorme dispersão de recursos e esforços, que vinha causando a multiplicidade descoordenada de órgãos com atuação nesta área. O orçamento da União para

1967 consigna recursos para investimentos em saneamento básico por conta das seguintes repartições da Administração direta:

a) Departamento Nacional de Obras de Saneamento — DNOS (MVOP).

b) Superintendência do Desenvolvimento do Nordeste — SUDENE (MECOR).

c) Departamento Nacional de Endemias Rurais — DNER₁₁ (MS).

d) Prefeitura do Distrito Federal.

e) Comissão do Vale do São Francisco (MECOR).

f) Superintendência do Desenvolvimento da Amazônia — SUDAM (MECOR).

g) Superintendência da Fronteira Sudoeste (MECOR).

h) Fundação Brasil Central (MECOR).

i) Administrações dos Territórios Federais.

j) Departamento Nacional de Obras Contra as Secas — DNOCS (MECOR).

l) Fundação SESP (MS).

m) Comissão do Plano do Carvão Nacional (MME).

n) Grupo Executivo das Terras do Sudoeste do Paraná (Presidência da República).

Para orientar as atividades de tantos agentes executivos, não havia, na órbita federal, nenhuma entidade responsável. Explica-se portanto a inexistência de diretrizes gerais, ou critérios comuns, que amparem e regulem a atuação dessas entidades. Em tais circunstâncias, são inevitáveis as situações conflitantes, nem sempre resolvidas no interesse coletivo. A pulverização de recursos, para aplicação por agentes executores distintos, leva, por outro lado, a uma enorme redução da produtividade dos investimentos públicos no setor, como decorrência da multiplicação dos custos administrativos, da lentidão do ritmo de execução das obras, e da sua freqüente paralisação ou descontinuidade, por insuficiência de recursos específicos.

A responsabilidade federal pela condução da política nacional de saneamento básico cresce de importância, em virtude dos recentes programas de cooperação financeira internacional para o setor, notadamente dentro do Programa da Aliança para o Progresso. A obtenção de recursos externos decorre fundamentalmente da atuação do Governo Federal, que é em princípio o principal responsável pela boa aplicação dos recursos e respectivo reembolso.

Daí a decisão de confiar a coordenação da função Saneamento ao Ministério do Interior, já contida na Reforma Administrativa.

V. 2.2 — Saneamento geral

As obras de *saneamento geral*, embora de interesse vital para as comunidades diretamente afetadas, decorrem de necessidades não comuns à totalidade das populações. Servindo às coletividades como um todo, não podem ser diretamente vinculadas a beneficiários individuais. Por outro lado, muitas vezes o mesmo serviço exerce influência benéfica sobre numerosas localidades, sendo também freqüentes os casos de obras de interesse para mais de uma Unidade da Federação.

Essas características requerem, para os programas de saneamento geral, tratamento diverso do recomendado para o saneamento básico. Em primeiro lugar, êsses programas não podem ser diretamente atribuídos, salvo exceções, a administrações locais. As próprias autoridades estaduais recusam-se a assumir-lhes a responsabilidade total: na maioria das vezes os serviços, muito onerosos, têm âmbito de influência que ultrapassa os limites geográficos das respectivas jurisdições. Finalmente, como não geram um corpo próprio de usuários, escapam à ação tributária específica (a não ser, em casos raros, mediante a contribuição de melhoria), o que lhes torna inevitável o financiamento pelo Poder Público, a fundo perdido.

As obras de *saneamento geral*, no Brasil, vêm sendo executadas quase exclusivamente às expensas da União. Como no caso do saneamento básico, carecem de uma política programática e

de coordenação racionalizadora. Os males disso decorrentes são, contudo, de pouca expressão, dado o menor grau de dispersão de recursos. No orçamento da União para 1967 constam dotações para serviços de saneamento geral apenas para as seguintes repartições da Administração direta:

- a) Departamento Nacional de Obras de Saneamento — DNOS (MVOP);
- b) Prefeitura do Distrito Federal;
- c) Superintendência do Desenvolvimento do Nordeste — SUDENE (MECOR);
- d) Comissão do Vale do São Francisco — CVSF — (MECOR);
- e) Superintendência da Fronteira Sudoeste (MECOR).

Das cinco repartições com responsabilidades no setor, o DNOS aparece em posição de liderança absoluta (85% do total das dotações, enquanto nos programas de saneamento básico sua participação corresponde a 38%).

Não há, no País, nenhum estudo sistemático acêrca das necessidades no campo do saneamento geral. Sabe-se da existência de áreas críticas, periodicamente afetadas por problemas agudos de inundações, erosão, poluição de vias hídricas, etc. Os programas regulares de controle e defesa das inundações ou alagamentos, canalização de cursos de água, drenagem, etc., são, todavia, conduzidos de forma convencional e rotineira. Na emergência de calamidades, que se sucedem com regularidade quase previsível, adotam-se providências imediatistas, com recursos extraordinários.

Como decorrência dêste estado de coisas, os órgãos com maior responsabilidade na execução dos serviços de saneamento geral ainda carecem de um programa claramente definido e justificado. Explica-se, aliás, essa lacuna, como conseqüência do desconhecimento generalizado sôbre as reais necessidades nacionais no setor. As próprias áreas críticas, acima mencionadas, não têm sido estudadas de forma sistemática, para fundamentação de soluções definitivas.

Ocorre-nos por conseguinte que, no pertinente ao *saneamento geral*, é imprescindível concentrar esforços na formulação de um programa nacional de pesquisa sistemática, pelo menos nas áreas geográficas mais necessitadas de uma ação convergente de esforços e recursos. O levantamento do problema, em bases cientificamente corretas, levará à formulação das soluções técnicas em caráter definitivo, ao mesmo tempo que facilitará e fundamentará o equacionamento de um plano viável de mobilização de recursos e financiamento, de que hoje carece o setor.

VI. Programa Nacional de Saneamento

VI. 1 — Definição da Política

O plano de obras de saneamento, que aqui se propõe, requer a adoção de diretrizes e providências, que seriam consubstanciadas em uma Política Nacional de Saneamento, sob a supervisão e coordenação do Governo Federal. O descumprimento dessa medida preliminar poderá conduzir ao desmoronamento do sistema arquitetado, comprometendo gravemente o êxito do programa.

1ª recomendação:

A liderança do Governo Federal no financiamento dos programas de saneamento ficou constatada, e tende sem dúvida a robustecer-se. A primeira condição de êxito para o Plano aqui proposto consiste, pois, em que se formalize legalmente essa liderança, mediante a criação de uma entidade de planejamento e coordenação superior dos programas nacionais de saneamento, no âmbito da Administração Federal, com a estreita colaboração das Administrações regionais e locais.

2ª recomendação:

A dispersão de recursos, e conseqüente redução da produtividade dos investimentos públicos no saneamento, ficou igualmente demonstrada. Impõe-se que, sob a coordenação do órgão de

cúpula sugerido no item anterior, êsses recursos sejam alocados de modo a lograr os mais altos níveis de rendimento. Isto conduzirá a uma seleção das obras financiadas com recursos orçamentários, fundada em critérios de prioridade, fixados pelo órgão de coordenação do Programa, periòdicamente reajustados à realidade nacional e regional.

3ª recomendação:

A alocação regular de recursos de origem federal, para efetivação de serviços de saneamento, que beneficiam diretamente comunidades locais, impõe, como medida de justiça, que se reinvindique contrapartida financeira correspondente, por parte dos poderes políticos regionais e locais. Assim, é perfeitamente defensável que os Governos estaduais e municipais colaborem financeiramente para a execução dos programas de saneamento, nas respectivas áreas de jurisdição, em níveis relativos equivalentes ao da União, embora ajustados aos diferentes estágios de desenvolvimento regional e local.

4ª recomendação:

Os recursos orçamentários federais (e também estaduais ou municipais, na grande maioria dos casos) destinados a obras de saneamento, têm sido aplicados, com raras exceções, a fundo perdido. Classificam-se como autênticas *doações*, e no caso do saneamento básico induzem a uma política tarifária irrealista, já que a rigor não objetivam atender à reposição do investimento. Embora os serviços de saneamento básico sejam de alto sentido social, por contribuírem fundamentalmente para a melhoria dos padrões sanitários da população, não é despropositado defender-se a tese de que sejam pagos pelos usuários em termos econômicos corretos, que propiciem, inclusive, a reposição do capital. Esta concepção (que naturalmente abrigaria exceções, para atender a faixas populacionais de mais baixo poder econômico, ou a programas especiais de caráter pioneiro ou de emergência) leva à definição de uma quarta diretriz para a Política Nacional de Saneamento: os investimentos com a implantação dos serviços

de saneamento básico devem ser considerados (exceto no caso de pequenas comunidades), não como doações, mas como empréstimos às populações beneficiadas, que assumirão o compromisso de resgatá-los, dentro de condições compatíveis com os respectivos níveis de adiantamento econômico e capacidade de pagamento.

5ª recomendação:

A inconveniência de os serviços de saneamento básico serem entregues às administrações locais, matéria também discutida anteriormente, conduz à definição de outra diretriz da Política Nacional de Saneamento, que condicione a alocação de recursos à delegação, pelos Podêres Municipais beneficiados, da administração dos serviços de águas e esgotos a entidades desvinculadas da administração local, as quais disporiam de condições técnicas para assegurar-lhes permanente e correta manutenção, e condições políticas para fixar e cobrar tarifas realistas.

6ª recomendação:

A mobilização de recursos para investimentos nos programas de saneamento tem-se baseado, no Brasil, quase exclusivamente no setor público. O agravamento dos *deficits* de atendimento, no campo do saneamento básico, requererá montantes cada vez maiores em termos proporcionais, se não forem criadas fontes próprias adicionais de financiamento. Enfatiza-se, pois, a necessidade de providências dessa natureza, no corpo das diretrizes da Política Nacional de Saneamento, as quais seriam consubstanciadas no exame da possibilidade de instituição de uma sobretarifa, a ser cobrada durante um determinado período das populações beneficiadas, destinada a fortalecer um Fundo de Reinvestimento, também constituído pela amortização dos financiamentos públicos para o Programa.

VI. 2 — Mobilização de Recursos

As obras de saneamento, pela carga social de que se revestem, oferecem campo muito limitado para aplicações de recursos priva-

dos. A política tarifária, obrigatoriamente estabelecida pelos poderes públicos, nem sempre assegura margem satisfatória de rentabilidade, sendo frequentes os casos em que não chegam a cobrir as despesas de custeio.

É compreensível, assim, que se fundamente o programa nacional de saneamento em recursos mobilizáveis de fontes públicas: orçamentos da União, dos Estados e dos Municípios. A viabilidade de empréstimos de entidades internacionais (Banco Interamericano do Desenvolvimento e Agência para o Desenvolvimento Internacional do Govêrno dos E.U.A.), dentro de experiências mais recentes, possibilita por outro lado que se apele complementarmente também para essa fonte.

Os recursos públicos nacionais, mesmo que atinjam (nas esferas estadual e municipal) as cifras propostas no Programa de Investimentos, complementados pelos financiamentos de origem externa nos montantes igualmente previstos, seriam insuficientes para o alcance das metas desejadas, sobretudo no setor do saneamento básico. Por outro lado, é imperioso que sejam proporcionadas condições germinativas para as aplicações públicas, de modo a assegurar a criação de fontes próprias de financiamento (ou reinvestimento), embora em futuro mais afastado. Daí haver-se concebido, como setor específico de mobilização de recursos, a formação de um Fundo de Reinvestimento (recursos próprios do Programa).

Analisa-se a seguir cada uma das fontes de recursos do Programa, para determinação das respectivas potencialidades, e fixação das responsabilidades financeiras.

Recursos da União — A contribuição federal prevista tem como ponto de partida a alocação de recursos para investimentos (Setor Saneamento), constante do Orçamento Geral da União para o exercício de 1967, conforme discriminação que se segue:

QUADRO 9

ORÇAMENTO DA UNIÃO PARA 1967
RECURSOS PARA INVESTIMENTOS NO SETOR DE SANEAMENTO
(NCr\$ milhões)

ÓRGÃOS	SANEAMENTO BÁSICO	SANEAMENTO GERAL	ESTUDOS, PESQUISAS, TREINAMENTO	TOTAL
D. N. O. S.....	37,1	34,5	2	73,6
D. N. O. C. S.....	7	—	—	7
D. N. E. Ru.....	5,1	—	—	5,1
F. SESP.....	14,7	—	—	14,7
C. V. S. F.....	3,8	0,7	—	4,5
SUDENE.....	18	2,1	1,3	21,4
SUDAM.....	1,1	—	—	1,1
P. D. F. (MINIFAZ).....	6,8	3,0	—	9,8
Diversos (*).....	3,2	—	—	3,2
SOMA.....	96,8	40,3	3,3	140,4

Fonte: Orçamento Geral da União para 1967 (D.O. de 15/XII/1966).

(*) Soma das dotações consignadas ao MECOR, para aplicação pelas Administração dos Territórios Federais, Fronteira Sudoeste e Fundação Brasil Central; ao M.M.E (CPCAN) e à Presidência da República (GETSOP).

Deflacionado a preços de 1966, em consonância com o critério que prevaleceu na elaboração do «Orçamento Programa Pluriennial», o total acima passa a expressar-se pela cifra de NCr\$ 116 milhões, posteriormente reduzida para NCr\$ 109 milhões, por força da contenção de despesas prescrita no Capítulo IV do Decreto-lei nº 81, de 21-12-66, que instituiu o «Fundo de Reserva» para o exercício de 1967.

Conforme se observa da seqüência de valores abaixo, extraída do «Programa Pluriennial de Investimentos Públicos» (Planejamento Geral), a participação do setor Saneamento, no Orçamento de Investimentos da União, guarda relação uniforme no período considerado (1967/1971), traduzida pela taxa de 8% (oito por cento).

QUADRO 10

ORÇAMENTO DE INVESTIMENTOS DA UNIÃO

NCr\$ milhões

Ano	1967	1968	1969	1970	1971	1967/71
Total	1.243	1.416	1.618	1.838	1.891	8.006
Setor Saneamento	109	124	141	159	164	697

FONTE: Setor de Planejamento Geral do EPEA

Partindo, pois, do Orçamento de Investimentos da União para o quinquênio 1967/71, elaborou-se a projeção dos recursos federais a serem atribuídos aos Serviços de Saneamento no quinquênio seguinte, adotando-se, para efeito de cálculo, a taxa média anual de crescimento estimada para o período 1967/71, ou sejam, 10%. A previsão global dos recursos de origem federal fica assim desdobrada, para o decênio, da seguinte forma (valores em NCr\$ milhões):

1967	1968	1969	1970	1971	1967/1971	1972/1976	Total
109	124	141	159	164	697	1.099	1.796

VI. 2.1 — Recursos dos Estados

Dentro da concepção de esforço conjunto da União, Estados e Municípios, preconizada como uma das diretrizes da Política Nacional de Saneamento, admitiu-se como adequada aos objetivos do Programa a participação dos Estados em pé de igualdade com a da União, em termos relativos, no tocante aos recursos orçamentários para inversões em Saneamento.

Assim, considerando que o item Saneamento representa 6% do total das despesas classificadas no Orçamento Geral da União para 1967 como «Investimentos» e «Transferências de Capital» (*), aplicou-se o mesmo percentual sobre os valores correspondentes a idênticas categorias no Orçamento Consolidado das Unidades da Federação, para 1966, obtendo-se o importe de NCr\$ 86 milhões, sobre o qual se baseou a escala de participação estadual no Plano, projetada para o período de 1967/76, segundo o incremento médio anual de 10%, correspondente ao do Orçamento de Investimentos da União.

Obteve-se o seguinte esquema de valores de origem estadual, para o período enfocado (em NCr\$ milhões):

1967	1968	1969	1970	1971	1967/1971	1972/1976	Total
85	95	104	114	125	523	838	1.361

(*) A preços de 1966, segundo o critério do OPP, e deduzida a parcela abrangida pelo «Fundo de Reserva».

VI. 2.2 — Recursos dos Municípios

Ficou dito acima que a organização e manutenção dos serviços de abastecimento de água e de esgoto é da competência municipal, circunstância que, por si só, justificaria maior parcela de contribuição dos Municípios, em termos relativos, para a execução do Programa. Acresce ainda que, comparativamente às responsabilidades da União e dos Estados, é bem mais reduzido o número de setores em que são obrigadas a investir as administrações municipais. Dentre êles, destacam-se, pela magnitude do alcance social, os serviços de saneamento básico.

Assim, considerou-se razoável, para efeito do Programa Nacional, um esforço dos Municípios da ordem de 20% do montante dos recursos consignados no seu Orçamento de Investimentos, tomando-se por base, para efeito de quantificação inicial, as despesas classificadas como «Investimentos» e «Transferências de Capital» no Orçamento Consolidado dos Municípios para 1966 (*), critério que igualmente prevaleceu com relação aos Estados.

Sobre o importe de NCr\$ 68 milhões, assim obtido, projetou-se a seqüência de valores para o decênio 1967/76, admitido o crescimento anual de 10%, em harmonia com a média verificada no Orçamento de Investimentos da União, com o seguinte resultado (em NCr\$ milhões):

1967	1968	1969	1970	1971	1967/1971	1972/1976	Total
68	75	82	90	99	414	665	1.079

VI. 2.3 — Recursos externos

Os recursos de origem externa, até agora obtidos para programas de saneamento, emanaram basicamente do Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) que, no período de 1962 a 1966, concedeu empréstimos a entidades brasileiras no total de US\$ 84,760

(*) Elaborado pelo Conselho Técnico de Economia e Finanças.

milhões, conforme discriminação abaixo, quase todos para projetos específicos no setor de saneamento básico:

QUADRO 11
EMPRÉSTIMOS DO BID PARA PROJETOS BRASILEIROS
DE SANEAMENTO BÁSICO

(US\$ mil)

A N O	FAVORECIDO	ORIGEM	VALOR	TOTAL
1962.....	SAER.....	BID — FFPS.....	4.120	—
	BEG.....	BID — FFPS.....	23.500	—
	BEG.....	BID — FOE.....	11.500	39.120
1963.....	BNB.....	BID — FFPS.....	12.990	12.990
1964.....	DAE — Pará.....	BID — FFPS.....	2.500	—
	DMAE — RS.....	BID — FOE.....	3.150	—
	BEG.....	BID — FOE.....	7.0	—
	BEG.....	BID — FCO.....	5.000	17.650
1965/6.....	F.SESP (FUNINSO).....	BID — FOE.....	15.000	15.000
				84.760

Fonte: Relatório da COCAP

Nota: FCO — Fundo de Capital Ordinário

FOE — Fundo de Operações Especiais

FFPS — Fundo Fiduciário de Progresso Social

Em 1966, conseguiu-se, ainda, para programas de saneamento básico (Fundo Nacional de Águas, DNOS/AID e FUNINSO), refôrço adicional de US\$ 10 milhões de origem externa, importe que, convertido à taxa de Cr\$ 2.200/US\$ 1,00 produziu a contrapartida de Cr\$ 22 bilhões, proveniente das seguintes operações:

— Cr\$ 2 bilhões — do chamado «Fundo do Trigo» (empréstimo concedido com recursos dos Acôrdos sôbre Produtos Agrícolas — PL — 480).

— Cr\$ 20 bilhões — do Empréstimo-Programa de 1966 (AID-512-L-055).

No período 1962/66, antes referido, os empréstimos obtidos junto ao BID alcançaram a média anual de US\$ 17 milhões, valor

tomado como base para a estimativa do auxílio esperado daquela agência internacional, no decênio 1967/76.

O quadro seguinte apresenta uma primeira estimativa do valor em NCr\$ dos recursos externos esperados para o decênio:

QUADRO 12

RECURSOS EXTERNOS POSSÍVEIS PARA O PROGRAMA DE SANEAMENTO (1)

(Valôres correspondentes à Cr\$ 1966) (2)

A N O	VALOR (NCr\$ milhões)
1967.....	30
1968.....	60
1969.....	81
1970.....	84
1971.....	90
1967/1971.....	345
1972/1976.....	378
TOTAL.....	723

(1) Foram considerados básicamente o BID e a AID como fontes de recursos. No tocante ao Banco Mundial e a outros órgaos internacionais, há necessidade de melhor consideração do assunto.

(2) Conversão: Cr\$ 2.200/dólar

VI. 2.4 — Recursos próprios

Conforme foi ressaltado no capítulo que trata das diretrizes da Política Nacional de Saneamento, a linha de orientação preconizada no presente trabalho se apóia, dentre outros, nos seguintes princípios fundamentais:

a) que os investimentos no setor de saneamento básico, por serem de interesse direto das populações beneficiadas, devem caracterizar-se, não como doações, mas como empréstimos às comunidades servidas, que assumirão o compromisso de resgatá-los nos prazos e condições que vierem a ser convencionados;

b) que, além da mobilização de fundos públicos e de recursos externos, a execução de um programa de saneamento básico em termos compatíveis com as crescentes necessidades do setor, reclama a criação de fontes próprias de recursos, que constituiriam

um «Fundo de Reinvestimento», destinado a fortalecer a ação do programa e a garantir a sua continuidade.

Segundo o esquema concebido, provêm de duas fontes os recursos formadores do «Fundo de Reinvestimento»:

I — das amortizações, pelas comunidades beneficiadas, dos financiamentos concedidos para obras de saneamento básico;

II — do recolhimento, a que se obrigariam igualmente as populações assistidas de uma sobretaxa sôbre a tarifa fixada.

A instituição de uma sobretarifa, a ser cobrada durante determinado tempo das populações beneficiadas, apesar de constituir importante fator de fortalecimento do «Fundo de Reinvestimento», não chega a representar inovação no quadro brasileiro. Sistema semelhante é utilizado, sob a forma de impôsto, na obtenção de fundos para o programa de eletrificação, por exemplo.

No presente caso, estimou-se que a sobretarifa venha a representar cêrca de 10 % do valor das amortizações anuais. Outrossim, admitiu-se como razoável que os financiamentos sejam concedidos, em média, a prazos de 15 anos, dos quais 3 corresponderiam ao período de utilização (carência) do empréstimo, e os 12 seguintes seriam destinados à reposição.

Em consonância com a filosofia de investimentos em Saneamento Básico, defendida neste trabalho, considerou-se satisfatória, para o decênio, a aplicação de 90 % dos recursos de origem orçamentária da União, dos Estados e Municípios, exclusivamente em *financiamentos*, reservando-se os 10% restantes para aplicações a *fundo perdido*.

Pelos dados e considerações expostos, parece prudente esperar-se que só se inicie a efetiva drenagem de recursos para constituição do «Fundo de Reinvestimento», a partir de 1971, quando deverão ser recolhidos cêrca de NCr\$ 25 milhões. Para o quinquênio 1972/76, é prevista a incorporação de NCr\$ 601 milhões ao «Fundo», que poderá contar, assim, com o total de NCr\$ 626 milhões, até 1976.

VI. 2.5 — Total de recursos

Feita a explicação das diversas fontes supridoras e obtida a quantificação dos recursos que se espera mobilizar para o Programa de Saneamento, no decênio 1967/76, torna-se possível apresentar o seguinte quadro geral de recursos:

QUADRO 13
RECURSOS GLOBAIS PARA SANEAMENTO SEGUNDO AS ORIGENS — 1967/1976

(NCr\$ milhões)

FONTES	1967	1968	1969	1970	1971	1967/71	1972/76	TOTAL
União.....	109	124	141	159	164	697	1.099	1.796
Estados.....	86	95	104	114	125	523	838	1.361
Municípios.....	68	75	82	90	99	414	665	1.079
Fundo Reinv.....	—	—	—	—	25	25	601	626
Externos.....	30	60	81	84	90	345	378	723
SOMA.....	293	354	408	448	503	2.004	3.581	5.585

VI. 3 — Distribuição dos recursos por Subprogramas

Em consonância com os critérios de classificação para o Programa de Saneamento, formulados neste trabalho consideram-se para fins de consignação de recursos os seguintes subprogramas:

1. Saneamento Básico.
2. Saneamento Geral.

O desdobramento dos *recursos federais* segue em princípio o esquema adotado no Orçamento de 1967, em que 68% dos fundos para investimento no setor foram destinados ao Saneamento Básico, e 29% ao Saneamento Geral (o resíduo corresponde a inversões em estudos, pesquisas e treinamento). Tendo-se em conta, entretanto, que:

a) historicamente o desdobramento de recursos federais se tem revelado algo mais favorável aos investimentos em Saneamento Geral; e

b) o financiamento dos serviços de Saneamento Básico pode ser grandemente reforçado com recursos não suscetíveis de ca-

nalização para obras de saneamento geral (recursos externos e recursos próprios de origem tarifária).

Concebeu-se um esquema de distribuição dos recursos orçamentários da União, para o decênio de 1967/76, nas seguintes bases:

1. Saneamento Básico 65%
2. Saneamento Geral 35%

Para distribuição setorial dos *recursos de origem estadual*, teve-se em conta que o interesse mais imediato e direto dos serviços de Saneamento Básico justifica maior soma relativa de inversões neste subprograma. Estabeleceu-se pois o seguinte parcelamento:

1. Saneamento Básico 80%
2. Saneamento Geral 20%

Quanto aos *recursos de origem municipal*, adotou-se o critério de reservá-los integralmente para inversões no subprograma de Saneamento Básico (veja-se a propósito as considerações enunciadas no item V.2.1).

A totalidade dos *recursos de origem externa* foi igualmente atribuída ao subprograma de Saneamento Básico, para o qual, naturalmente, também se destinarão com exclusividade os *recursos próprios* do Programa (Fundo de Reinvestimento).

Tais critérios de alocação possibilitaram a montagem de um quadro-geral de recursos, por subprogramas (Quadro 14).

QUADRO 14
DISTRIBUIÇÃO DOS RECURSOS DE INVESTIMENTOS NO PROGRAMA
DE SANEAMENTO POR SUBPROGRAMAS — 1967/76

(NCr\$ Milhões)

SUBPROGRAMAS	1967	1968	1969	1970	1971	1967/71	1972/76	TOTAL
1. Saneamento Básico.....	236	291	337	368	420	1.652	3.024	4.676
2. Saneamento Geral.....	56	63	71	79	83	353	557	909
TOTAL.....	292	354	408	447	503	2.005	3.581	5.585

Nota: (Os totais podem não coincidir com os do Quadro 13 em razão de arredondamento dos cálculos).

VI. 3.1 — Detalhamento dos recursos para saneamento básico

Dos recursos *brutos* considerados no Quadro 13, para Saneamento Básico, compete diminuir parcela correspondente à amortização dos empréstimos externos contraídos com o Banco Interamericano de Desenvolvimento (cujá carência limita-se a 4 anos, devendo portanto iniciar-se o resgate dentro do período do Programa). No caso dos financiamentos originários da AID, não se levou em conta a amortização, visto como em geral contam com carência de dez anos.

Para melhor determinação dos recursos disponíveis (líquidos), no setor do Saneamento Básico, discriminam-se no Quadro 15 os valores anuais e plurianuais, e respectivas fontes de origem, subtraindo-se no quinquênio 1972/76, a parcela de NCr\$ 135 milhões, que deverão corresponder a parte da reposição dos empréstimos do BID.

QUADRO 15
RECURSOS DISPONÍVEIS PARA O SUBPROGRAMA SANEAMENTO BÁSICO

(NCr\$ Milhões)

F O N T E S	1967	1968	1969	1970	1971	1967/71	1972/76	TOTAL
União.....	70	80	91	103	106	450	710	1.160
Estados.....	68	76	83	91	100	418	670	1.088
Municípios.....	68	75	82	90	99	414	665	1.079
Fundo Reinv.....	—	—	—	—	25	25	601	626
Empr. Ext.....	30	60	81	84	90	345	378	723
TOTAL (bruto).....	236	291	337	368	420	1.652	3.024	4.676
AMORTIZAÇÃO p.BID.....	—	—	—	—	—	—	135	135
TOTAL (Liq.).....	236	291	337	368	420	1.652	2.889	4.541

VI. 3.2 — Detalhamento dos recursos para Saneamento Geral

A discriminação dos recursos disponíveis para inversões no subprograma de Saneamento Geral, segundo as fontes supridoras, é indicada no Quadro 16.

QUADRO 16

RECURSOS DISPONÍVEIS PARA O SUBPROGRAMA DE SANEAMENTO GERAL

(NCr\$ Milhões)

F O N T E S	1967	1968	1969	1970	1971	1967/71	1972/76	TOTAL
União.....	39	44	50	56	58	247	389	636
Estados.....	17	19	21	23	25	105	168	273
TOTAL.....	56	63	71	79	83	352	557	909

Nota: A rigor, poder-se-ia considerar tal amortização realizada através de fundos provenientes e própria tarifa. Nesse caso, a disponibilidade líquida de recursos aumentaria.

VII. Plano de Investimentos

VII. 1 — Considerações Gerais

O Plano de aplicações que se propõe fundamenta-se em:

- a) diretrizes da Política Nacional de Saneamento (item VI.1).
- b) distribuição dos recursos mobilizáveis por Subprogramas (item VI.2).

Seguindo o esquema geral do trabalho, destacam-se as aplicações, e respectivo plano regulador, nos subprogramas de Saneamento Básico e Saneamento Geral.

VII. 2 — Aplicações em Saneamento Básico

Com base no montante dos recursos mobilizáveis, formularam-se metas de atendimento a serem alcançadas durante o decênio 1967/76. Essas metas variam, segundo os dois grandes setores em que se subdivide o Saneamento Básico:

- a) abastecimento d'água;
- b) esgotamento de dejetos.

Torna-se dessarte necessário estudar, separadamente, cada um dos planos setoriais, a partir das metas de atendimento e alocação de recursos.

VII. 2.1 — Setor de abastecimento de água

As soluções definitivas para o problema de abastecimento de água, sobretudo nas áreas urbanas, são necessariamente de caráter coletivo, isto é, fundamentam-se na implantação e operação de serviços públicos de adução, tratamento e distribuição do líquido. Nem sempre, porém, esta solução é recomendável. Sua rentabilidade técnica e econômica exige determinado nível de adensamento das populações beneficiárias, o que afasta desde logo as áreas rurais de seu campo de ação, pelo menos nas condições do Brasil. Mesmo em localidades consideradas urbanas, segundo os critérios brasileiros, que não reúnem condições econômico-sociais compatíveis com a categoria de cidade, a instalação de sistemas complexos de distribuição domiciliar nem sempre é cabível.

Em consonância com tais peculiaridades, admitem-se soluções distintas para suprimento de água, concordes genericamente com a categoria das localidades beneficiadas. Para assistência às populações rurais, as medidas compatíveis seriam consideradas como afetas mais propriamente a programas de Saúde Pública, e financiadas com os recursos desses programas. Uma parcela dos investimentos para Saneamento Básico deverá, contudo, ser canalizada para pequenos aglomerados de características agrárias (núcleos com menos de mil habitantes, por exemplo), e convertida em providências adequadas a esse estágio de desenvolvimento comunitário, a fundo perdido, se necessário.

VII. 2.1.1 — Metas de atendimento no decênio

A efetivação do subprograma de Saneamento Básico objetivará, no curso do decênio 1967/76:

1. reduzir o *deficit* atual estimado de suprimento de água, de:
 - a) 40 para 24 %, nas grandes cidades;
 - b) 60 para 32 %, nas cidades médias; e
 - c) 80 para 51 %, nas cidades pequenas.

2. atender em conseqüência, mediante serviços adequados de abastecimento coletivo (com ramais domiciliares, nas cidades grandes e médias), a contingentes demográficos de magnitudes indicadas abaixo, já considerado o futuro crescimento populacional das localidades:

- a) cidades grandes: 8 milhões de habitantes;
- b) cidades médias: 12,3 milhões de habitantes;
- c) cidades pequenas: 5,1 milhões de habitantes.

VII.2.1.2 — Distribuição de recursos por categorias de cidades

Para o alcance das metas enunciadas, os recursos disponíveis para aplicações no subprograma (Quadro 15) deverão ser distribuídos segundo o critério indicado a seguir:

- a) Grandes cidades: 47 %
- b) Cidades médias: 43 %
- c) Cidades pequenas: 10 % (*)

Total: 100 %

VII.2.1.3 — Custos estimados dos serviços

O custo dos serviços de abastecimento de água varia de conformidade com a categoria das localidades atendidas, e conseqüentemente, com a maior ou menor complexidade do sistema adotado.

Assim, no caso das cidades grandes e metrópoles, a solução não pode deixar de ser a do sistema convencional de adução, tratamento e distribuição, com ramais domiciliares. Na totalidade dos casos, o Programa terá que prover recursos para expansão e renovação de sistemas existentes, o que de certa forma lhes reduz os custos proporcionais. Êsses custos oscilam, de acôrdo com as características do projeto (que por sua vez depende da distância dos mananciais, do tipo de adução, das exigências de tratamento

(*) Inversões a fundo perdido, se necessário.

do líquido, das condições topográficas da cidade, etc.). Para os fins dêste Programa, foram adotados custos médios correspondentes, aproximadamente, aos estimados pelo GEF (Grupo Executivo do Fundo Nacional de Financiamento para Abastecimento de Água), para oito grandes capitais brasileiras.

Também no caso das cidades médias, é imprescindível a adoção de soluções coletivas convencionais, análogas às recomendadas para as grandes cidades. Os custos de implantação e expansão de tais serviços revelam-se, geralmente, inferiores, dadas as características mais modestas dos projetos. É óbvio que igualmente variam em função de peculiaridades técnicas, acima mencionadas. Há, entretanto, indicações de fontes distintas (GEF, Fundação SESP, SUDENE etc.), que possibilitam tomarem-se valores médios relativamente seguros para base do cálculo.

Quanto às cidades pequenas, as soluções freqüentemente adotadas (captação mediante barragens simples ou açudes, bem como de água de subsolo; distribuição geralmente desprovida de ramais domiciliares, adotando-se sistemas de fornecimento através de chafarizes, banheiros e lavanderias públicos) tornam ainda mais baixos os custos unitários. Embora sofram diversificações decorrentes, também, das peculiaridades dos projetos, admitem a fixação de uma média, estimada com base na experiência da Fundação SESP e da Comissão do Vale do São Francisco.

Os custos unitários das obras de abastecimento de água, adotados para fins dêste Programa, com base nas informações e considerações acima expostas, foram os seguintes (Valores correspondentes a 1966):

- a) Cidades grandes: NCr\$ 120/habitante atendido;
- b) Cidades médias: NCr\$ 70/habitante atendido;
- c) Cidades pequenas: NCr\$ 40/habitante atendido.

VII.2.1.4 — Montante de aplicações por categorias urbanas

Com base no volume líquido de recursos disponíveis para inversões no setor (Quadro 15), e nos critérios de distribuição pro-

postos acima, torna-se viável a discriminação anual (1967/71) e quinquenal (1972/76) dos recursos a serem aplicados, segundo cada categoria urbana. É o que indicam os números do Quadro 17.

QUADRO 17

ABASTECIMENTO DE ÁGUA — RECURSOS DISPONÍVEIS

(Distribuição no período)

(NCr\$ milhões)

A N O S	CATEGORIA URBANA	PARCIAL	TOTAL
1967.....	Cidades Grandes.....	49,8	—
	“ Médias.....	46,1	—
	“ Pequenas.....	10,1	106,0
1968.....	Cidades Grandes.....	61,5	—
	“ Médias.....	56,4	—
	“ Pequenas.....	13,0	130,9
1969.....	Cidades Grandes.....	71,4	—
	“ Médias.....	65,4	—
	“ Pequenas.....	15,2	152,0
1970.....	Cidades Grandes.....	78,0	—
	“ Médias.....	71,4	—
	“ Pequenas.....	16,6	166,0
1971.....	Cidades Grandes.....	88,8	—
	“ Médias.....	81,2	—
	“ Pequenas.....	19,0	189,0
1967/1971.....	Cidades Grandes.....	349,5	—
	“ Médias.....	320,5	—
	“ Pequenas.....	73,9	743,9
1972/76.....	Cidades Grandes.....	611,0	—
	“ Médias.....	559,0	—
	“ Pequenas.....	130,0	1.300,0
TOTAL.....	Cidades Grandes.....	950,5	—
	“ Médias.....	879,4	—
	“ Pequenas.....	204,0	2.043,9

Nota: Os totais foram arredondados

VII.2.1.5 — Projeção do “deficit acumulado”, por categorias urbanas

As tendências de crescimento da população urbana do Brasil possibilitaram, ao Setor de Demografia do EPEA, a projeção dessa população até 1972. Não foram contudo apresentadas indicações a respeito das diferenciações do crescimento, segundo as categorias (tamanho) das cidades.

Para fins dêste Programa, admitiu-se que a distribuição proporcional dos centros urbanos manter-se-á, até 1976, em termos correspondentes aos verificados em 1960 (Censo de População). Trata-se de hipótese vulnerável, visto como não leva em conta as tendências prováveis de concentração urbana e metropolitana. Não houve porém, condições técnicas, nem tempo suficiente, para a elaboração de melhores estimativas.

Com base nessa distribuição proporcional, e na hipótese (também tecnicamente pouco rigorosa, mas praticamente viável nas condições de elaboração dêste trabalho) de um comportamento linear do crescimento da população urbana, durante o período 1960/76, estabeleceram-se bases para cálculo do aumento demográfico respectivo, no período de 1967/76, o que permitiu estimar a população em 1976, segundo as seguintes categorias (Quadro 18).

QUADRO 18

PROJEÇÃO DA POPULAÇÃO BRASILEIRA, EM 1967 E EM 1976, POR CATEGORIAS URBANAS

1. População urbana em 1967:

	<i>Milhões de habitantes</i>
a) Cidades Grandes	13,5
b) Cidades Médias	20,7
c) Cidades Pequenas	10,8

2. População urbana em 1976:

a) Cidades Grandes	19,8
b) Cidades Médias	30,4
c) Cidades Pequenas	15,8

Com apoio nas estimativas do *deficit*, dadas no Cap. VII, pode-se agora qualificar, para 1967, a carência de esgotos sanitários adequados, segundo a distribuição das cidades por tamanho (categorias). Admitindo em seguida, para mero raciocínio, que durante o decênio a carência em questão aumente em correspondência direta com o crescimento demográfico (o que significaria a paralisação total de investimentos no setor, por igual período), chega-se à determinação de um *deficit acumulado* decenal, tal como indicam as cifras do Quadro 19.

QUADRO 19
 QUANTIFICAÇÃO DO "DEFICIT ACUMULADO" DE ABASTECIMENTO DE
 ÁGUA, NO DECÊNIO 1967/76, SEGUNDO CATEGORIAS URBANAS

(em milhões de pessoas)

CATEGORIA URBANA	POPULAÇÃO TOTAL		POPULAÇÃO ATENDIDA Em 1967	DEFICIT ACUMULADO ATÉ 1976
	1967	1976		
	<i>a</i>	<i>b</i>	<i>c</i>	<i>(b - c)</i>
Cidades Grandes.....	13,5	19,8	7,1	12,7
Cidades Médias.....	20,7	30,4	8,3	22,1
Cidades Pequenas.....	10,8	15,8	2,7	13,1

VII.2.1.6 — Possibilidades de atendimento durante o decênio

As cifras do Quadro 11 devem ser compreendidas como dados auxiliares para o cálculo das *possibilidades de atendimento* durante o período de execução do Plano. As estimativas neste sentido, que se apresentam no Quadro 20 expressam o número de pessoas a serem atendidas, ano a ano, segundo as três categorias urbanas. Fundamentam-se em:

- a) de um lado, o montante de recursos disponíveis (Quadro 17);
- b) de outro lado, os custos unitários estimados das obras, segundo as categorias urbanas (V. distribuição de recursos por categoria da cidade acima).

QUADRO 20
ABASTECIMENTO DE ÁGUA — ESQUEMA DE ATENDIMENTO

A N O S	CATEGORIA URBANA	POPULAÇÃO ATENDIDA (milhões de habitantes)	
		PARCIAL	TOTAL
1967.....	Cidades Grandes.....	0,4	—
	“ Médias.....	0,6	—
	“ Pequenas.....	0,3	1,3
1968.....	Cidades Grandes.....	0,5	—
	“ Médias.....	0,7	—
	“ Pequenas.....	0,3	1,5
1969.....	Cidades Grandes.....	0,6	—
	“ Médias.....	0,9	—
	“ Pequenas.....	0,4	1,9
1970.....	Cidades Grandes.....	0,6	—
	“ Médias.....	1,0	—
	“ Pequenas.....	0,4	2,0
1971.....	Cidades Grandes.....	0,8	—
	“ Médias.....	1,2	—
	“ Pequenas.....	0,5	2,5
1967/71.....	Cidades Grandes.....	2,9	—
	“ Médias.....	4,4	—
	“ Pequenas.....	1,9	9,2
1972/76.....	Cidades Grandes.....	5,1	—
	“ Médias.....	7,8	—
	“ Pequenas.....	3,5	16,2
TOTAL.....	Cidades Grandes.....	8,0	—
	“ Médias.....	12,3	—
	“ Pequenas.....	5,1	25,4

Os números acima alinhados possibilitam a montagem do Quadro 21, que indica a situação geral de abastecimento d'água às populações urbanas do País em 1976, separadamente por categorias de cidades. Observa-se que a redução do *deficit* de atendimento se ajusta à meta proposta no item “metas de atendimentos no decênio”, d'este capítulo.

QUADRO 21
ABASTECIMENTO DE ÁGUA — SITUAÇÃO EM 1976

(milhões de habitantes)

CATEGORIAS	POPULAÇÃO URBANA (a)	POPULAÇÃO ATENDIDA ATÉ		TOTAL	DEFICIT NO ATENDIMENTO (b)	b % — a
		1967	67/76			
Cidades Grandes.....	19,8	7,1	8,0	15,1	4,7	24
Cidades Médias.....	30,4	8,3	12,3	20,6	9,8	32
Cidades Pequenas.....	15,8	2,7	5,1	7,8	8,0	51

VII.2.2 — Setor de Esgotos

A destinação adequada de dejetos humanos é providência de alto sentido sanitário. Como se sabe, os dejetos podem ser veículos de contaminação, seja mediante o contato direto com as pessoas, seja através da água (quando utilizada para abastecimento doméstico) ou de vetores (môscas e outros insetos). A solução tecnicamente correta para impedir a contaminação referida, consiste no esgotamento dos dejetos por intermédio de sistemas públicos, com destino final adequado (rêdes gerais de esgotos).

A implantação de serviços coletivos de esgotos nem sempre é possível, por motivos técnicos e econômicos. Sua eficiência e rentabilidade dependem fundamentalmente do adensamento das populações servidas, o que desde logo caracteriza a solução como praticamente exclusiva para aglomerados urbanos de porte.

Nas áreas rurais, nas cidades pequenas, e até nas zonas periféricas das cidades de maior expressão demográfica, tem-se recorrido, nas condições brasileiras, a soluções de caráter individual — desde que satisfatórias do ponto de vista higiênico. De modo geral, a modalidade mais aconselhada no caso é o esgotamento por via hídrica, através de *fossas* ou *tanques sépticos*.

Na concepção deste Programa, foram consideradas estas particularidades técnicas. Assim, admitiu-se que o tratamento técnico a ser adotado variará de acordo, basicamente, com a categoria (tamanho) dos aglomerados.

As aplicações financeiras deverão ser consideradas, como no setor de abastecimento d'água, como financiamentos amortizáveis pelas populações beneficiadas. Previu-se, todavia, a alocação de uma pequena fração dos recursos disponíveis para aplicação a fundo perdido (cidades ou vilas de pequeno porte, ou mesmo áreas rurais selecionadas).

VII. 2.2.1 — Metas de atendimento no decênio

O Programa objetiva a consecução, no final do período decenal, de determinadas metas de atendimento, diferentes quantita-

tivamente segundo o nível demográfico das cidades. Para melhor esclarecimento dessas metas, cumpre ter presente que as soluções técnicas recomendadas são:

- a) Cidades grandes: rede geral de esgotos (implantação ou, na grande maioria dos casos, expansão e/ou renovação);
- b) Cidades médias: rede geral de esgotos (implantação ou expansão e/ou renovação), absorvendo 80% dos recursos; e sistemas individuais de fossas sépticas correspondentes aos restantes 20%;
- c) Cidades pequenas: programas exclusivamente à base de serviços individuais (fossas ou tanques sépticos, e outras soluções tecnicamente satisfatórias para as condições locais).

As metas quantitativas do Plano estão expressas nos seguintes dados:

- i) reduzir o *deficit* de atendimento durante o decênio, nos seguintes níveis: de 50 para 34% nas cidades grandes; de 60 para 37% nas cidades médias e de 80 para 46% nas cidades pequenas;
- ii) tornar viável, em conseqüência, o suprimento durante o decênio de esgotos sanitários adequados para servirem a: 6,2 milhões de pessoas nas cidades grandes; 13 milhões nas cidades médias; e 6,3 milhões nas cidades pequenas (não considerados nesses totais as pessoas já servidas no início do período de referência).

VII.2.2.2 — Recursos disponíveis

A distribuição setorial dos recursos, proposta no Cap. VI, possibilita a fixação dos montantes anuais com que poderá contar o Programa de inversões em esgotos sanitários. Ao todo, o sub-programa setorial contará no decênio com recursos de aproximadamente NCr\$ 2,5 bilhões.

Propõe-se que as aplicações correspondentes obedeam a uma escala proporcional de preferência, segundo a qual seriam contempladas nos seguintes níveis as distintas localidades urbanas:

Categoria Urbana	Recursos para Aplicação	
	(%)	NCr\$ milhões (no decênio)
Cidades Grandes	50	1.250
Cidades médias	40	1.000
Cidades pequenas	10	250
Total	100	2.500

Os recursos assim distribuídos visariam a aplicações em programas de:

a) construção, ampliação ou renovação de sistemas coletivos de esgotos, nas cidades grandes (a totalidade dos recursos);

b) construção, ampliação ou renovação de sistemas coletivos de esgotos (80% dos recursos, ou NCr\$ 800 milhões), e programas individuais de fossas ou tanques sépticos, ou congêneres (20% dos recursos, ou NCr\$ 200 milhões), nas cidades médias;

c) programas individuais de fossas ou tanques sépticos, equipamentos congêneres (100% dos recursos) nas cidades pequenas.

VII.2.2.3 — Custos estimados das obras programadas

Como é de fácil entendimento, os custos dos serviços de esgotos sanitários admitem escala de variação muito grande, em função não somente da solução técnica adotada, como, também, dentro do mesmo tipo de obra, em decorrência das peculiaridades do projeto (condições topográficas da localidade, destino final, etc.).

Para os fins de elaboração deste Programa, foi necessário basear as estimativas em valores médios de alguma validade. Para isso, adotaram-se cifras fornecidas pelo Grupo Executivo do Fundo Nacional de Financiamento para Abastecimento de Água (GEF), pela Fundação SESP, e pelo próprio Departamento Nacional de Obras de Saneamento. São os seguintes os valores médios unitários admitidos (Cr\$ do 2º semestre de 1966):

NCr\$/habitante

- a) Cidades grandes 200 (rede coletiva);
- b) Cidades médias 100 (rede coletiva);
40 (programas individuais);
- c) Cidades pequenas 40 (programas individuais).

Estimativa do deficit «acumulado» no decênio 1967/76

A metodologia seguida para a quantificação do atendimento possível em serviços adequados de esgotos sanitários, no decênio 1967/76, é análoga à descrita para o subprograma setorial de abastecimento de água. Parte-se pois da projeção de um hipotético deficit acumulado entre 1967 e 1976, com base na quantificação das carências prováveis atuais. Os dados constantes do item VII.2.1.5, combinados com as cifras constantes do Quadro 18, possibilitam proceder-se a essa projeção segundo as categorias urbanas.

Os números resultantes são apresentados a seguir:

QUADRO 22

ESTIMATIVA DO "DEFICIT ACUMULADO" DE ESGOTOS SANITÁRIOS, NO PERÍODO 1967/76, SEGUNDO CATEGORIAS URBANAS

CATEGORIA URBANA	(em milhões de pessoas)			
	POPULAÇÃO TOTAL		POPULAÇÃO ATENDIDA Em 1967	DEFICIT ACUMULADO ATÉ 1976
	1967	1976		
	<i>a</i>	<i>b</i>	<i>c</i>	<i>(b-c)</i>
Cidades grandes.....	13,5	19,8	6,5	13,3
Cidades médias.....	20,7	30,4	6,2	24,2
Cidades pequenas.....	10,8	15,8	2,2	13,6

VII.2.2.4 — Possibilidades de atendimento até 1976

A quantificação de *deficit* «acumulado» permitiu elaborarem-se estimativas das possibilidades de atendimento (em termos de habitantes) durante o período decenal, segundo as diferentes categorias urbanas.

Os dados de base, como é óbvio, são: o montante de recursos disponíveis e sua distribuição segundo distintas soluções técnicas, o custo unitário das obras, também consideradas as diferenciações técnicas; e o *deficit* «acumulado» (Quadro 22).

Apresenta-se no Quadro 23 o número estimado de pessoas que poderão ser atendidas, nas condições previstas pelo Plano, durante o período decenal de referência.

QUADRO 23
ESGÔTO — ESQUEMA DE ATENDIMENTO

(milhões de habitantes)

A N O S	CATEGORIA URBANA	POPULAÇÃO ATENDIDA	
		PARCIAL	TOTAL
1967.....	Cidades Grandes.....	0,4	—
	Cidades Médias.....	0,7	—
	Cidades Pequenas.....	0,4	1,5
1968.....	Cidades Grandes.....	0,4	—
	Cidades Médias.....	0,9	—
	Cidades Pequenas.....	0,4	1,7
1969.....	Cidades Grandes.....	0,4	—
	Cidades Médias.....	1,0	—
	Cidades Pequenas.....	0,5	1,9
1970.....	Cidades Grandes.....	0,5	—
	Cidades Médias.....	1,0	—
	Cidades Pequenas.....	0,5	2,0
1971.....	Cidades Grandes.....	0,6	—
	Cidades Médias.....	1,1	—
	Cidades Pequenas.....	0,6	2,3
1967/71.....	Cidades Grandes.....	2,3	—
	Cidades Médias.....	5,0	—
	Cidades Pequenas.....	2,4	9,7
1972/76.....	Cidades Grandes.....	3,9	—
	Cidades Médias.....	8,1	—
	Cidades Pequenas.....	3,9	15,9
TOTAL.....	Cidades Grandes.....	6,2	—
	Cidades Médias.....	13,0	—
	Cidades Pequenas.....	6,3	25,5

Nota: Totais arredondados.

A melhor compreensão dos dados acima é proporcionada pelos números reunidos no Quadro 24, em que se parte do número de habitantes atendidos atualmente e da estimativa do atendimento possível no decênio, para chegar ao número total de pessoas que, em 1976, deverão dispor de serviços adequados de esgotos sanitários, nas diferentes categorias urbanas.

QUADRO 24
SERVIÇOS DE ESGOTO — SITUAÇÃO EM 1976
(milhões de habitantes)

CATEGORIAS	POPULAÇÃO URBANA (a)	POPULAÇÃO ATENDIDA ATÉ		TOTAL	DEFICIT NO ATENDIMENTO (b)	% $\frac{b}{a}$
		1967	67/76			
Cidades Grandes.....	19,8	6,5	6,2	12,7	7,1	35
Cidades Médias.....	30,4	6,2	13,0	19,2	11,2	36
Cidades Pequenas.....	15,8	2,2	6,3	8,5	7,3	46

VII.3 — Aplicações em Saneamento Geral

Ao cuidar da problemática do Saneamento Geral (item V.2), foi realçada a falta de estudo sistemático que forneça indicações sobre as verdadeiras necessidades do Setor.

Como se viu, o que se tem feito até agora no campo do saneamento geral, quase sempre decorre de situações emergenciais ou obedece a formas rotineiras de aplicação de verbas orçamentárias segundo critérios de distribuição regional, sem um esquema de prioridades racionalmente definido.

Diante da falta de indicações que possibilitem a formulação de um programa de saneamento geral, em bases corretas e racionais, afigura-se conveniente a adoção das seguintes medidas, em caráter preliminar:

a) a concentração, tanto quanto possível, dos recursos destinados a saneamento geral em áreas sabidamente críticas, dentro de uma escala de prioridades ditada pelo órgão de coordenação sugerido no Capítulo VI, item VI. 1.

b) imediato levantamento da situação do País, no campo do saneamento geral, para estudo e aferição das reais necessidades do setor.

4. PREVIDÊNCIA SOCIAL

I. Síntese do Diagnóstico Preliminar da Previdência Social

I.1 — Introdução

O Diagnóstico Preliminar relativo à Previdência Social brasileira procurou, de início, assinalar os principais problemas que afligiam até então o sistema previdenciário e, ao mesmo tempo, identificar as causas que os tivessem originado no curso do tempo. Em estágio posterior tratar-se-ia de definir o sistema de previdência que se configurasse mais adequado às nossas condições sócio-econômicas e de estabelecer os instrumentos a serem utilizados para convertê-lo em realidade.

A preocupação básica foi a de quantificar os fenômenos que mais diretamente concorreram para o desequilíbrio econômico-financeiro das instituições de previdência social em nosso País, e a de caracterizar os principais aspectos de natureza legislativa e administrativa que também contribuíram em suas respectivas áreas para o agravamento da situação.

I. 2 — Aspectos Legislativos

Sob essa ótica, deixando de lado a fase que se poderia denominar de embrionária, representada pelas velhas formas de montepio e pelo uso pouco expressivo da mutualidade entre nós, é lícito

considerar o ano de 1923 como o verdadeiro marco da implantação do Seguro Social no Brasil. Embora anteriormente a essa época já vigorasse no País uma lei que assegurava o pagamento de indenizações aos acidentados no trabalho em todo o território nacional, somente com a promulgação da "Lei Elói Chaves" é que foram efetivamente lançadas as bases técnicas do seguro, mediante, inclusive, a participação direta dos interessados no custeio do regime.

Nesse instrumento de extraordinária importância sócio-econômica para o povo brasileiro, autorizou-se a criação, junto a cada empresa ferroviária, de uma Caixa de Aposentadoria e Pensões, com a finalidade de amparar os respectivos trabalhadores, cujo número então se alçava a pouco mais de duas dezenas de milhares.

Cêrca de quatro anos mais tarde, estendeu-se a obrigatoriedade da criação de Caixas às empresas de navegação marítima e fluvial e às de exploração de portos, submetidas à jurisdição do Conselho Nacional do Trabalho, o qual, assim, se transformou no órgão fiscalizador da Previdência Social.

Nasceu, pois, o Seguro Social brasileiro em tôrno das grandes empresas e não à base das grandes categorias profissionais, para o que muito deve ter contribuído a diversidade dos estágios econômicos regionais e os riscos mais agravados que tais profissões apresentavam em relação às outras.

Já no ano de 1928, incluía-se no regime das Caixas o pessoal não contratado das empresas particulares que exploravam serviços telegráficos. Dois anos depois, existiam 47 Caixas disseminadas pelo País, abrangendo cêrca de 140.000 segurados ativos e amparando, já então, 8.000 aposentados e 7.000 pensionistas.

Nessa época, as contribuições dos segurados ascendiam a pouco mais de 19 milhões de cruzeiros anuais, enquanto os benefícios pagos sob a forma de aposentadoria e pensões montavam a 30 milhões de cruzeiros. O patrimônio das entidades previdenciárias achava-se representado por importância superior a 171 milhões de cruzeiros.

A partir de 1930, a Previdência Social no Brasil tomou novos rumos. Foi criado um Ministério para tratar de assuntos relativos à organização do trabalho, entregando-se o Governo à tarefa de

rever e consolidar a legislação esparsa sôbre Caixas de Aposentadoria e Pensões, estendendo sua aplicação aos serviços de água e esgotos e aos empregados em serviços de mineração em geral.

O ano de 1933 deu origem ao ciclo presente nos dias de hoje. Em vez de se dar prosseguimento à difusão de pequenas Caixas, confinadas a emprêsas procurou-se imprimir nova orientação à política expansionista do Seguro Social, através da criação de Institutos de Aposentadoria e Pensões, de âmbito nacional, visando ao amparo dos componentes de determinada profissão ou de um conjunto de profissões correlatas.

A primeira dessas entidades autárquicas abrangeu a categoria dos marítimos, incluindo o pessoal de Marinha Mercante e classes anexas. Logo depois, comerciários, trabalhadores em trapiches e armazéns, estivadores e bancários congregavam-se, também, em tórno de instituições específicas para o mesmo fim.

Em 1938, o movimento abrangia definitivamente a classe dos industriários, permanecendo fora da órbita da Previdência Social os empregados domésticos, os profissionais liberais e os trabalhadores rurais. Vitoriosa a experiência dos Institutos, iniciou-se o declínio das pequenas Caixas de emprêsas, mediante incorporações e fusões sucessivas, até que, em 1954, se operou a aglutinação das 23 remanescentes, em uma única, de âmbito nacional, depois transformada em Instituto.

Com a instalação do Congresso Nacional em 1946, inúmeros projetos de lei e substitutivos tiveram curso em ambas as Casas do Parlamento, os quais, refundidos e ampliados, passaram a constituir o Projeto de Lei Orgânica da Previdência Social, apresentado em fins de 1947. Após uma tramitação longa e tumultuada, inteiramente modificado, foi finalmente o antigo Projeto transformado na Lei 3.807, de 26 de agosto de 1960, regulamentada pelo Decreto 48.959-A, e ainda em vigor, com pequenas alterações.

No tocante aos males de origem legislativa, cabe apontar, entre outros, os reajustamentos, abonos e majorações incidentes sôbre o valor das aposentadorias e pensões, sem o suporte de novas fontes de receitas. Menos visíveis, mas nem por isso menos desfavoráveis às finanças das instituições previdenciárias foram as vantagens e facilidades concedidas aos beneficiários do sistema e

às classes empresariais, em oposição frontal a normas e preceitos de ordem técnica, tais como a isenção do período de carência para os segurados acometidos de determinadas moléstias, a redução do período de carência, o encurtamento do período-base de cálculo do valor do benefício, a permissão dada ao associado de contribuir até 10 vezes o valor do maior salário-mínimo vigente no País, na época que mais lhe conviesse, a concessão reiterada às empresas devedoras, do parcelamento de seus débitos, restrições à política de investimentos a cargo do Seguro Social, etc.

I. 3 — Aspectos Institucionais

No intuito de quantificar os fenômenos considerados, convém lembrar algumas das principais características institucionais do Seguro Social, apontando os reflexos que as mesmas provocam na economia do regime. Dentre os aspectos assinalados, destaca-se a desigualdade de crescimento que se verifica entre a massa de contribuintes ativos, de um lado, e a de trabalhadores inativos, de outro, em virtude da qual surgem as mais diversas implicações de natureza econômica, financeira e administrativa.

Contribuíram para a Previdência Social, em 1950, em números redondos, 2.857.000 indivíduos. Nessa época o sistema mantinha 178.000 aposentados e 296.000 pensionistas, dentre uma população de 51.976 mil habitantes. No ano de 1960, a massa contribuinte estava representada por 4.058.000 segurados; a de aposentados, por 516.000; a de pensionistas, por 656.000 e a população, estimada em 70.799 mil habitantes. O simples relacionamento desses números indica que, no período de 11 anos, os contribuintes cresceram na proporção de 100 para 142, os aposentados de 100 para 289, e os pensionistas de 100 para 223. No mesmo período, a população brasileira passou de 100 para 136.

Essa forma desigual de crescimento entre as forças ativas e inativas do contingente de trabalhadores, maior significado adquire ao se comparar o grupo de inválidos com o de segurados ativos. A respeito, basta apenas notar que, em 1950, para cada aposentado pela Previdência Social existiam em correspondência 16 trabalhadores que se cotizavam para garantir-lhe a aposentadoria, ao

passo que, em 1960, para um aposentado a correspondência era de apenas 8 trabalhadores ativos.

Em consequência dessa evolução, desigual, impunha-se duplicar a taxa de contribuição, a fim de assegurar ao aposentado a mesma renda mensal concedida originariamente.

Fenômeno idêntico ocorreu também com as receitas e despesas institucionais, sendo que aquelas cresceram, no período 1950/1964, na proporção de 1 para 126, enquanto estas evoluíram de 1 para 185, advindo dêsse fato uma substancial redução da taxa de poupança em relação à receita total recolhida pela previdência.

I. 4 — Aspectos Econômicos, Financeiros e Atuariais

O financiamento do Seguro Social brasileiro repousa no sistema de contribuição tríplice e no regime financeiro de capitalização. Contribuem para o sistema os empregadores e empregados, em bases iguais e proporcionais ao salário percebido pelos últimos, limitado para êsse fim a 5 vezes o valor do maior salário-mínimo vigente no País, competindo à União uma quantia até igual ao total das contribuições dos segurados, destinada ao custeio das despesas de administração geral, inclusive pessoal, das instituições de previdência social, bem como a cobrir as insuficiências financeiras e os *deficits* técnicos nelas verificados. Uma quarta parcela, não necessariamente igual às anteriores, mas de modo explícito reclamada pelo regime de capitalização, completa a estrutura econômico-financeira e atuarial do sistema previdenciário brasileiro. A constituição dessa parcela se processa mediante o rendimento das aplicações dos excedentes de receitas apurados em cada exercício. Mas, segundo admite o próprio regime, os saldos financeiros obtidos pelas instituições previdenciárias tendem a reduzir-se no curso do tempo, em virtude do efeito cumulativo dos benefícios de aposentadoria e pensões, de modo que as receitas diretamente recolhidas do público não bastam para cobrir as despesas institucionais. Nessa época, ainda de acôrdo com os fundamentos do regime, a insuficiência verificada deverá ser complementada pelas rendas do patrimônio, até então constituído, mantendo-se o sistema em equilíbrio estável.

Sistema e regime assim se harmonizam e completam para que as instituições de previdência possam haurir recursos de quatro fontes distintas. Essa quarta parcela, além da função específica de reforçar as receitas diretas, objetiva, também, evitar a instabilidade da taxa de contribuição, sendo, pois, da maior importância, para o funcionamento do regime, que o acúmulo de capitais, os investimentos e respectivas rendas se mantenham em estreita consonância com o volume de recursos exigidos pelos compromissos sociais assumidos. Evidentemente, se a acumulação de capitais e os rendimentos por êles proporcionados não se mostrarem capazes de cobrir as insuficiências de receita, a estabilidade da taxa não poderá ser mantida senão durante um período relativamente curto.

Foi exatamente o que ocorreu em nosso País, não tendo logrado o regime financeiro atingir o objetivo colimado. Com efeito, nesses últimos 20 anos a taxa de contribuição para a previdência social foi elevada nada menos de 4 vezes: de 3 para 5 %, depois para 6 %, mais tarde para 7 %, e, logo a seguir, para 8 %. Além da inobservância dêsse postulado básico, outros princípios admitidos nos cálculos atuariais, como a invariância das funções biométricas, a permanência das bases econômicas, etc., tampouco se registraram entre nós. Aliás, ainda que devido a circunstâncias diversas, em quase todos os países do Velho Mundo já se procedeu à substituição do regime de capitalização por um outro misto de capitalização e repartição, tornando-se cada vez mais difícil o retorno à situação inicial em virtude dos maciços capitais de cobertura então exigidos.

No Brasil, além do problema suscitado pela falta de constituição das reservas técnicas de benefícios, lutam ainda as instituições de previdência contra a baixa rentabilidade dos investimentos. Duas grandes causas gerais podem ser identificadas como as responsáveis pela atual posição de desequilíbrio técnico em que se encontra o sistema previdenciário: escassez de capitais e insuficiência de rendimento.

A escassez de capitais vem-se manifestando nitidamente através da redução paulatina das disponibilidades líquidas dos órgãos de previdência. Esse fenômeno se deve a um complexo de causas. Do lado da receita, destacam-se como principais a falta de paga-

mento das contribuições de responsabilidade da União e a ausência de recolhimento de parte das contribuições devidas pelas empresas, bastando assinalar que, em 31 de dezembro de 1964, o débito da União para com os Institutos já ascendia a cerca de 425 bilhões de cruzeiros, alçando-se o dos empregadores a 140 bilhões de cruzeiros, não incluídas as contribuições sonegadas, os débitos ainda não levantados pelas unidades fiscais e não considerados os efeitos da correção monetária que sobre os mesmos devem recair. Do lado da despesa, arrolam-se entre as principais causas, remotas e recentes, os reajustamentos, majorações e abonos concedidos a aposentados e pensionistas sem a respectiva cobertura financeira; vantagens outorgadas aos beneficiários em geral, em desacôrdo com os preceitos técnicos que regem o seguro, como a isenção do período de carência, o encurtamento do período-base de cálculo do valor do benefício; as elevadas despesas administrativas, etc.

Devido à ação conjunta dêsses aspectos negativos, atuando uns no sentido de reduzir as receitas e outros no de aumentar as despesas, cada vez mais insignificantes se tornaram as disponibilidades líquidas da previdência e cada vez mais reduzidos os recursos destinados a investimentos. No último decênio foi bastante sensível essa redução. No ano de 1955, a despeito das dificuldades então existentes, os montantes aplicados pela Previdência Social representavam mais de 30 % do respectivo ativo total. Mas já no triênio seguinte, as relações caíram para 28 %, 24 % e 22 %, até ser atingida, em 1964, a taxa de 13 %. Seu declínio, todavia, deverá processar-se em ritmo ainda mais acelerado nos próximos anos, pois, além do ativo a realizar crescer mais rapidamente do que o ativo realizado, os saldos financeiros dos exercícios não oferecem melhores perspectivas.

As bases técnicas do regime, conforme foi mencionado, não sofreram apenas o impacto da escassez de capitais. Ressentiram-se, também, da deficiência de rendimento patrimonial e imobiliário, sobretudo dêste último. Em obediência às exigências do regime financeiro adotado, os financiamentos para construção e aquisição de casas próprias, a edificação de conjuntos residenciais e outras iniciativas de cunho nitidamente social deveriam condicionar-se aos investimentos de caráter econômico, a fim de que no conjunto

das aplicações resultasse uma taxa média de rendimento igual ou superior à utilizada nos cálculos atuariais. Empreendimentos de natureza social sòmente poderiam ser levados a efeito em perfeito sincronismo com outros de alta rentabilidade que se configurassem capazes de compensar o baixo rendimento daqueles. Em virtude, porém, da supressão paulatina dos investimentos de caráter compensatório, deu-se início à deterioração da taxa de rentabilidade dos capitais aplicados pelo sistema previdenciário. Causas concomitantes, como a Lei do Inquilinato, e atos supervenientes, como as sucessivas elevações dos níveis de salário-mínimo, a primeira bloqueando a receita e a segunda majorando os custos operacionais, agravaram ainda mais a situação.

Inteiramente subvertido em seus postulados básicos, não poderia o plano de investimentos lograr obter, como de fato não logrou, meios para o seu autofinanciamento. Já no exercício de 1964, o patrimônio imobiliário da Previdência Social, representado por cêrca de 50.000 unidades residenciais, apresentou um *deficit* financeiro superior a 5 bilhões de cruzeiros. As rendas líquidas que ela atualmente aufere provêm de títulos, ações e depósitos bancários, e, no exercício considerado, se elevaram a mais de 4 bilhões de cruzeiros. Entretanto, tais rendas foram totalmente consumidas na cobertura do *deficit* ocasionado pelas operações imobiliárias, faltando ainda 1 bilhão de cruzeiros para cobri-lo integralmente.

Por outro lado, as Reservas Técnicas de Benefícios da Previdência Social elevavam-se, na mesma época, a 2,6 trilhões de cruzeiros. O Fundo de Garantia Total, que deveria responder por êsses compromissos, expressava-se pela cifra de 0,6 trilhões de cruzeiros, acusando uma insuficiência financeira da ordem de 2 trilhões de cruzeiros, sem considerar o resultado negativo do IAPFESP, em cujo balanço contábil não figura o valor daquelas reservas. Êsse resultado mostra, inclusive, a inutilidade de perseverar-se no regime financeiro de capitalização em sua forma clássica, ou mesmo em uma de suas variantes menos ambiciosas, sendo preferível adotar-se desde logo o regime de repartição, já que na prática é o que está vigorando.

De seu turno a comparação da receita com a despesa mostra que no exercício de 1964 a Previdência Social apresentou um *su-*

peravit de 252 bilhões de cruzeiros, correspondendo a cerca de 27 % de sua receita total. Infelizmente, o saldo assim apurado não representa disponibilidade financeira, pois que se trata de saldo econômico de natureza meramente contábil. Com efeito, da receita total da previdência participam todos os créditos conhecidos e ainda não recebidos pelas entidades previdenciárias até o encerramento das contas, alguns de realização incerta e outros de natureza irrealizável. Todavia, os valores correspondentes a êsses créditos são lançados no lado da receita, juntamente com as importâncias efetivamente recolhidas. Somente o IAP dos Industriários distingue nos seus balanços a receita efetiva da receita a realizar. O paralelo entre o total das despesas e a receita efetiva revela, por sua vez, um *deficit* de caixa da ordem de 10 bilhões de cruzeiros, no exercício de 1964.

No tocante às possibilidades financeiras, o índice de solvência para o conjunto das instituições de previdência social estava representado por 1,11, significando que para 100 cruzeiros exigíveis a curto prazo dispunham as mesmas de 111 cruzeiros, indicativo, sem dúvida, da existência de uma situação de desfôgo financeiro, fato atribuível, em grande parte, aos efeitos da correção monetária dos débitos fiscais, instituída pela Lei nº 4.357-64. Em relação, porém, ao IAPETC, IAPFESP e IAPM não é válida essa conclusão, pois, para cada 100 cruzeiros exigíveis, dispunham essas entidades, respectivamente, de 78, 40 e 24 cruzeiros.

Numa tentativa de síntese, pode-se afirmar que o sistema previdenciário brasileiro, apreciado do ponto de vista atuarial, na conformidade do regime financeiro de capitalização em sua acepção clássica, não conseguiu constituir nem mesmo 3% do total de suas reservas. Se bem que atualmente já se preconize a adoção de um regime de capitalização por patamares, desvinculando-se os fundos acumulados dos resultados impostos pelos cálculos tradicionais, parece mais aconselhável adotar-se o regime de repartição pura, o qual, como se sabe, dispensa a constituição de reservas e sua consequente aplicação. Os excedentes de receita que porventura fôsem obtidos passariam a desempenhar o papel de simples reservas de contingência, visando a corrigir possíveis distorções na economia das instituições, oriundas de recesso em determinadas ativi-

dades, crises em algumas áreas do País, ou quaisquer outras eventualidades de caráter transitório.

Do ponto de vista econômico, vale ressaltar que a Previdência Social logrou constituir um sólido patrimônio, o qual, à base de outro regime, jamais teria sido possível formar. Seus bens móveis e imóveis, títulos de renda, etc., expressavam-se, no encerramento do exercício de 1964, pela cifra de 116 bilhões de cruzeiros, convindo notar que a quase totalidade desses valores simbolizam custos históricos, e, como tais, extremamente desatualizados. Esse fato deve ser convenientemente ponderado na apreciação dos aspectos atuariais, a fim de colocar o fundo de garantia realizado em seu verdadeiro nível, embora se devesse, em contrapartida, recalcular as reservas técnicas de acordo com a taxa de juros efetivamente obtida nos investimentos, para tornar homogêneas as quantidades comparadas.

Finalmente, do ponto de vista estritamente financeiro, atravessa a Previdência Social uma fase difícil, sem embargo do grande esforço de recuperação empreendido a partir de abril de 1964, já se encontrando algumas de suas unidades em situação bastante precária, exigindo a participação freqüente do Estado para que possam solver seus compromissos imediatos. Daí a importância dos estudos que se estão realizando, no sentido de examinar em profundidade o problema da Previdência, com vistas a definir o sistema mais adequado às nossas condições sócio-econômicas e a estabelecer os instrumentos que devam ser utilizados para convertê-lo em realidade, conforme salientado anteriormente.

I. 5 — Assistência Médica

É oportuno focalizar a assistência médica a cargo da Previdência Social, classificando como o fulcro do problema a carência de recursos financeiros postos à sua disposição. A despeito desse fator limitativo e não obstante estar a prestação dos serviços médicos condicionada expressamente às disponibilidades das instituições de previdência, ainda assim vêm as despesas de assistência absorvendo parcelas cada vez mais substanciais, apesar da reconhecida precariedade dos serviços prestados. A evolução das

despesas médicas efetuadas nos últimos exercícios e o exame das diferentes alternativas que se têm oferecido para solucionar o problema, levam à conclusão de que se impõe estabelecer uma política orgânica de assistência médica, já que nessa área ainda não se lhe deu tratamento à altura do papel reservado à medicina na sociedade e na economia do País. Já é tempo de se procurar definir em termos precisos e inconfundíveis os objetivos a atingir por intermédio da medicina social e, bem assim, demarcar de modo bem nítido o campo de sua aplicação.

Ponto dos mais importantes e que de longa data vem reclamando estudo acurado é o que se prende diretamente ao custeio da assistência médica. De acôrdo com a legislação vigente, essa assistência é prestada aos beneficiários do regime com a amplitude que os recursos financeiros e as condições locais permitirem. A despesa correspondente à prestação dêsse serviço, todavia, não poderá exceder, em cada instituição previdenciária, certa percentagem, estabelecida cada ano, das contribuições efetivamente arrecadadas dos segurados e das emprêsas. Em decorrência da maior ou menor amplitude que já vinha sendo dada aos serviços de assistência médica nos diversos Institutos, foram fixadas percentagens diferentes como limite máximo dessas despesas. Daí a diversidade do tratamento hoje dispensado por êsses organismos aos respectivos beneficiários. Parece fora de dúvida a necessidade da criação imediata de uma fonte de custeio específica, retirando o caráter condicional da prestação dos serviços aos recursos residuais disponíveis, pois sòmente assim se tornará possível elaborar um programa assistencial capaz de compatibilizar os objetivos visados com os meios e instrumentos existentes.

Não menos digno de atenção é o aspecto referente à organização dos serviços médicos da Previdência Social, porquanto, embora existam numerosas entidades públicas e privadas operando no País, nenhum plano orgânico foi estabelecido no sentido de congregar todos os esforços para um objetivo comum. Torna-se imperioso, pois, através de acôrdos e convênios, estreitar a coordenação dessas atividades isoladas, sem o que os recursos financeiros continuarão a carecer de melhor aproveitamento.

O ponto capital da questão, entretanto, não reside apenas na melhoria da produtividade funcional, nem na ampliação das comunidades de serviço, mas antes na unificação dos serviços médicos da previdência em um órgão autônomo, que se incumba, também, da expedição de laudos médicos periciais para efeito de concessão, prorrogação ou cessação do benefício pecuniário correspondente. Com isso, evitar-se-á a duplicação de tarefas, a multiplicidade de exames médicos e se poupará ao doente sucessivos deslocamentos, além de se reduzir o custo operacional dos serviços a proporções mínimas.

I. 6 — Os Aspectos Administrativos

Reconhecem todos a necessidade da reforma administrativa da Previdência Social. É bem verdade que, graças à promulgação da Lei Orgânica, vários inconvenientes foram eliminados do sistema, sobretudo os que decorriam da falta de uniformidade dos planos de benefícios, da diversidade de direitos e obrigações dos segurados perante os Institutos regidos por diplomas legais diferentes, etc. Nessa área, algumas inovações foram introduzidas; todavia, mantiveram-se as estruturas iniciais, prevalecendo o tipo de organização por atividade profissional. Fizeram-se notar aperfeiçoamentos na técnica administrativa, alguns dos quais, porém, não encontraram, na prática, a devida correspondência ou a implementação necessária. As comunidades de serviço, por exemplo, não se constituíram na medida desejada. Os acôrdos e convênios com entidades afins e congêneres, visando à descentralização dos serviços médicos, burocráticos, etc., não foram celebrados senão em quantidade ínfima.

A Lei Orgânica da Previdência Social representou a consolidação de uma copiosa legislação anterior e uma incorporação ao sistema previdenciário brasileiro de tôdas as inovações surgidas nesse campo. Cinco anos de funcionamento, entretanto, revelaram as imperfeições da lei e as falhas na execução do sistema, fazendo-se necessária a sua reformulação. Ao que revelam os estudos, produtividade muito maior poderá ser obtida através da unificação dos atuais Institutos, ou melhor, dos serviços previdenciários, já

que não parece recomendável a criação de um órgão autônomo que viesse apenas justapor essas entidades, com seus defeitos estruturais e funcionais. A administração deverá inclinar-se no sentido da fusão e integração dos serviços, visando a reduzir os custos operacionais e a melhorar cada vez mais o atendimento das partes.

A unificação, vale a pena ressaltar, *não implicará em centralizar a execução dos serviços afetos à Previdência, ao contrário, deverá promover um processo de descentralização ainda mais acelerado, coibindo erros como os que hoje se verificam em certas localidades, onde existem médicos prestando serviços em três ou quatro postos, a clientela distintas, não raro atendidas pelos mesmos profissionais.*

A unificação significará, isto sim, uma unidade de comando e de orientação técnico-administrativa. Aglutinando-se os órgãos de direção, maior facilidade encontrará a administração superior na condução nacional da Previdência e no estabelecimento de critérios gerais de economicidade.

1. 7 — Seguro de Acidentes: Alternativas

Uma das correntes mais expressivas sugere sejam extintas as atuais carteiras de seguro de acidentes do trabalho das instituições previdenciárias, devendo a cobertura ficar exclusivamente a cargo das sociedades seguradoras, eis que se trata de matéria afeta essencialmente à área privada.

Outra corrente, não menos expressiva, advoga a transferência dêsse encargo para a Previdência Social, em regime de exclusividade. Alguns favoráveis a essa corrente julgam que nessa área deve-se ir além da exclusividade, integrando o seguro de acidentes do trabalho na Previdência Social, sem constituir um ramo autônomo, como agora, mas considerando-se o acidente como uma entre tantas outras causas incapacitantes para o trabalho; essa orientação decorre do fato de que, enquadrando seus adeptos o risco em causa entre os riscos sociais, deve o segurado acidentado receber o mesmo tratamento dispensado aos demais, e, como tal,

deve esse seguro ser incluído no elenco dos benefícios concedidos pelo sistema previdenciário.

Uma terceira corrente de opinião mostra-se favorável à permanência do regime de livre competição, entre sociedades seguradoras e instituições previdenciárias, desde que a competição se dê na esfera do seguro privado e que as normas de operação e a respectiva fiscalização se façam em igualdade de condições.

Os propugnadores da exclusividade da Previdência Social apresentam em seu favor uma série de razões, partindo do conceito de que o risco de acidentes do trabalho é eminentemente social, pois, além do caráter de obrigatoriedade, dispensa a iniciativa do segurado e não exige a participação do interessado no custeio do seguro. Apontam, entre outras razões, o pouco interesse manifestado pelas emprêsas privadas em relação à prevenção de acidentes, sua despreocupação pela reabilitação do segurado, a preocupação de lucros que leva a evitar os maus riscos, as elevadas despesas de corretagem e o excessivo fracionamento da massa segurada. Os que se batem pela fórmula de integração alegam que, unificada a cobertura dos riscos sociais, poderia a Previdência Social prestar assistência médica em maior extensão e profundidade a seus segurados e dependentes, simplificar e aperfeiçoar o programa ainda incipiente de reabilitação profissional e extinguir de vez os atuais conflitos em tórno das indenizações; acrescentam, ainda, como outras vantagens não menos significativas, a do recolhimento dos prêmios em prestações mensais, com base na fôlha de pagamento, o que elimina os ajustes; a redução do custo pela inexistência das despesas de angariação, sem falar na mais relevante de tôdas — a implantação efetiva da prevenção contra os riscos de acidentes do trabalho, — hoje praticamente inexistente.

Os defensores da privatização total citam em favor de sua tese, entre outros, os seguintes argumentos: os serviços mais eficientes, econômicos e rápidos das sociedades privadas; a maior responsabilidade e a ausência de interferências políticas; os efeitos favoráveis do regime de concorrência para os padrões técnicos e a

produtividade dos atendimentos; a maior facilidade das liquidações de sinistros; as conseqüências proveitosas da seleção de riscos. para a adoção de medidas preventivas de acidentes pelos empregadores; a facilidade de uma ação descentralizada, com contrôlo efetivo, pela existência de sociedades locais, com sede própria à prestação dos serviços; a constituição de reservas técnicas, úteis em um país onde o capital é raro e de cara utilização. Aditam, ainda, contra o monopólio estatal: a imposição de custos e padrões de serviço; a cessação da receita fiscal proveniente dos impostos federais, estaduais e municipais; a repercussão prejudicial para o mercado de capitais; o desemprego em massa ou o aumento de encargos do Poder Público, se houvesse a extinção das carteiras de acidentes das sociedades privadas.

Os que desejam a terceira fórmula, de ampla concorrência entre as companhias seguradoras e instituições de previdência, invocam em seu favor: conseqüências altamente favoráveis de uma competição, em condições iguais, levadas à sua máxima expansão; aproveitamento dos longos anos de experiência das sociedades privadas e entidades estatais; melhor adaptação de cada um desses grupos a determinadas características regionais e setoriais da clientela.

Está-se procedendo, no momento, à análise de todos esses aspectos, com o objetivo de se poder definir, em breve, a solução a adotar. Reconhece o Governo ser essencial que se firme logo a decisão quanto à solução mais adequada, de modo a fortalecer o sistema de proteção aos acidentados.

II. A Ação Governamental na Área da Previdência

II. 1 — Unificação Administrativa da Previdência Social

Já de longa data reconhecia-se a necessidade de proceder-se à reforma administrativa do sistema previdenciário brasileiro. Sua conveniência também era por todos proclamada. As causas e circunstâncias que militavam a favor dessa medida adquiriam motivações diferentes no curso do tempo. Entretanto, a finalidade última da pretendida reformulação consistia invariavelmente em dotar a previdência social de adequada e eficiente máquina administrativa com vistas ao melhor atendimento de suas finalidades precípuas.

A primeira tentativa feita no sentido de solucionar os problemas administrativos da Previdência Social ocorreu em 1941. Naquele ano, o sistema previdenciário brasileiro já abrangia a quase totalidade dos trabalhadores urbanos. Sua rede constituía-se de cinco Institutos e de quase uma centena de Caixas de Aposentadoria e Pensões, das 183 que chegaram a existir. Regendo-se essas entidades segundo diplomas legais próprios, naturalmente diversificada se apresentava a legislação social da época. O sistema pluralístico de instituições incentivava ainda mais a proliferação de atos legislativos, o que concorria para o agrava-

mento da situação já tumultuada pela complexidade da matéria e pelas sucessivas inovações introduzidas.

Procurando sanar os inconvenientes assinalados, houve por bem o Conselho Atuarial do então Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio elaborar um plano único de benefícios, por intermédio do qual se objetivava alcançar certa uniformidade administrativa mediante a equalização da taxa de contribuição, a outorga aos segurados dos mesmos direitos, etc. O projeto, entretanto, não logrou motivar as autoridades superiores, caindo no esquecimento. Anos mais tarde, porém, serviu de base à Consolidação das Leis de Previdência Social, iniciativa essa que não obteve melhor sorte do que o plano único.

À medida que se ampliavam os serviços prestados pela Previdência Social, crescia também, em contrapartida, o número de projetos legislativos dispondo sôbre a matéria. Influenciado pelas idéias expansionistas então em voga, resolveu o Govêrno da República dar unidade ao sistema de previdência, expedindo para isso um decreto-lei no qual autorizava a criação do Instituto de Serviços Sociais do Brasil (ISSB). Por intermédio dêsse órgão único pretendia-se aumentar consideravelmente a proteção econômica do Estado aos trabalhadores em geral. Em virtude de um complexo de causas de fundo político e econômico, não logrou a proposição governamental melhor destino do que as iniciativas anteriores. Tal fato, todavia, não obstou que nesse mesmo ano fôsse efetivada a incorporação do Instituto de Aposentadoria e Pensões da Estiva ao Instituto dos Empregados em Transportes e Cargas, renovando-se, assim, as esperanças que ainda se depositavam na unificação geral das instituições previdenciárias.

Com a instalação do Congresso Nacional, em 1946, nada menos de 16 projetos, versando matéria afeta à área da Previdência Social, foram apresentados à Câmara dos Deputados. Reunidos num corpo único, não conseguiram, no entanto, a tramitação desejada. Anos mais tarde nova redação lhe foi dada, mas seu andamento foi outra vez sustado. Em 1952, recebeu o projeto

original a terceira versão, beneficiando-se dos estudos a que então procedeu a Comissão Nacional de Bem-Estar Social. O novo substitutivo visava a consolidar e uniformizar a legislação vigente.

Nessa época, vozes autorizadas pugnavam pela unificação do sistema. Mas, enquanto se preconizava a uniformização dos planos de benefícios, sérias restrições se faziam à idéia da unidade administrativa. Procedeu-se então a uma retirada estratégica, conservando o projeto a sua feição primitiva. Afastado o foco de atrito que o espírito unificador acabara de criar, era de esperar-se sua imediata aprovação pelo Congresso Nacional. Mas esta somente lhe seria conferida oito anos mais tarde, e assim mesmo depois de modificada a proposição inicial em vários pontos.

Antes que essa aprovação fôsse dada, nova iniciativa se fizera em prol da unificação ao determinar-se a fusão das Caixas de Aposentadoria e Pensões remanescentes em duas entidades apenas: uma para os empregados em serviços públicos e outra para os ferroviários. Mal se haviam tomado as primeiras providências nesse sentido, quando novo ato, revogando o anterior, determinou que a fusão se efetivasse em torno de uma só Caixa. Entretanto, somente em fins de 1954 é que foi efetivamente consumada a medida, pois três novos decretos incumbiram-se de procrastiná-la sucessivamente.

Este suscinto retrospecto evidencia que a aglutinação dos órgãos previdenciários se vinha submetendo a um processo evolutivo que se caracterizava pela controvérsia e morosidade nas decisões. Não terminou aí, porém, o movimento reformista. Nova investida foi feita logo depois pelo Governo. Baseado no fato de não haver sido expressamente revogado o decreto que criara o ISSB, expediu o Poder Público o Regulamento Geral dos Institutos de Aposentadoria e Pensões, através do qual se dava tratamento uniforme ao plano de benefícios, às taxas de contribuição e às administrações dos citados órgãos. Sob o pretexto de inconstitucional, foi revogado esse estatuto básico, antes mesmo de haver completado quatro meses de vigência e de haver produzido os efeitos para os quais fôra expedido.

Em 1956, voltou o Governo à carga, enviando à Câmara dos Deputados um anteprojeto de lei dispendo sôbre a estrutura administrativa da Previdência Social. Anexado ao que lá se encontrava, transformou-se, quatro anos mais tarde, já então profundamente modificado, na Lei Orgânica da Previdência Social, ainda hoje em vigor, com as modificações recentemente introduzidas.

Em 1964, o Governo Revolucionário, retomando a questão, instituiu uma Comissão Especial, sob a presidência do Ministro do Trabalho, com a incumbência de realizar estudos para a reformulação do sistema previdenciário nacional. Os estudos apresentados visavam a solucionar os dois aspectos fundamentais do problema: um relativo aos próprios fundamentos da Lei Orgânica da Previdência Social; outro, atinente à organização administrativa do sistema, havendo-se sugerido, nesse particular, a criação de um Ministério específico para tratar desses assuntos. Ambos os antepojetos, todavia, não tiveram prosseguimento.

Em 1966, o Ministério do Trabalho e Previdência Social elaborou nôvo anteprojeto de lei dispendo sôbre a unificação administrativa do sistema de Previdência Social, afastada, porém, a idéia da criação de Ministério específico. Seu objetivo consistia em transformar os Institutos de Aposentadoria e Pensões em um único órgão — o Instituto Nacional de Previdência Social — e em modificar a composição e o funcionamento dos órgãos de orientação e contrôle administrativo e jurisdicional. O Departamento Nacional de Previdência Social, que era dirigido por um Conselho Diretor com representação classista, passaria a ser dirigido por um Diretor-Geral, assistido por um Conselho Consultivo. Os Conselhos Fiscais dos Institutos seriam existintos, e criada em seu lugar uma Auditoria Geral, como órgão do DNPS, em substituição àqueles. Relativamente ao Conselho Superior de Previdência Social e às respectivas Turmas, mantinha-se o anteprojeto fiel à LOPS. Apenas a composição do órgão seria modificada, bem como a das Juntas de Julgamento e Revisão. Versava

ainda o anteprojeto matéria alheia à unificação administrativa do sistema, embora pertinente à Previdência Social.

Posteriormente, o Grupo de Coordenação da Previdência Social, para efeito de Plano Decenal, apresentou substitutivo que, embora dispondo de outros instrumentos, pretendia atingir o mesmo objetivo colimado por aquêle. Nesse substitutivo restabeleceu-se nos órgãos de cúpula do sistema previdenciário o regime de administração colegiada. Teve-se, porém, a cautela de compor êsses órgãos de modo a assegurar a igualdade de representação entre o Governo, de um lado, e as categorias econômicas e profissionais, de outro. Com essa medida, pretendia-se eliminar as deformações verificadas no regime colegiado entre nós, e ao mesmo tempo dotar o sistema dos benefícios subjacentes nesse tipo de administração, sem, contudo, incorrer em erro já identificado e condenado. Como decorrência dessa idéia foram suprimidos o Conselho Consultivo e a Auditoria Geral e restabelecidos o Conselho Diretor e o Conselho Fiscal, observadas as diretrizes traçadas no sentido de salvaguardar as qualidades positivas do regime colegiado.

Ao DNPS atribuiu o substitutivo a relevante tarefa de planejar, orientar e coordenar a administração da Previdência Social em todo o País, reservando-se ao Presidente do INPS a incumbência de gerir o órgão unificado, sem as restrições que a administração colegiada impõe aos órgãos de natureza eminentemente executiva.

As Juntas de Julgamento e Revisão, em âmbito local, foram transformadas em Juntas de Recursos, integradas por servidores e representantes classistas. Com o propósito de acelerar o andamento dos recursos, foi sugerida a criação, em cada Estado, de tantas Juntas quantas se fizerem necessárias. Além disso, modificaram-se as suas atribuições de modo a evitar o acúmulo de processos, retirando-se de sua competência o julgamento originário de centenas de milhares de processos de benefícios já concedidos, para apreciá-los somente em grau de recurso. A retirada do delegado do Instituto do cargo de presidente da Junta objetiva

ativar ainda mais o julgamento dos recursos, dado o caráter de autonomia local conferido ao órgão e o maior número de unidades que a nova composição possibilita criar em cada Estado da Federação.

De seu turno, o Instituto Nacional de Previdência Social deverá organizar os seus serviços em regime de execução descentralizada, de modo a assegurar em todo o território nacional o pronto e efetivo cumprimento de suas finalidades. Em obediência a essa diretriz procurou-se dotar a máquina administrativa de um sistema que lhe permita delegar o poder decisório a níveis hierarquicamente mais baixos, tanto nos órgãos centrais, como nos periféricos, a fim de desafogar os escalões superiores. A estes serão reservadas apenas as decisões de caráter geral e as que, pela importância ou complexidade de que se revestem, escapem à alçada administrativa dos órgãos executivos. Releva notar a respeito que no substitutivo não se impôs um tipo de organização para o INPS, exatamente para que se possa, no decurso da unificação, com a experiência colhida na vivência do problema, adotar os instrumentos mais adequados ao melhor funcionamento do novo organismo.

Finalmente, foi sugerida a criação de vários grupos de trabalho para o fim de elaborarem as regulamentações necessárias e as respectivas adaptações que se fizerem mister. Propôs-se, ainda, a criação de uma Comissão Executiva, integrada pelo Presidente do INPS e pelos secretários especializados, para promoverem a unificação em toda sua plenitude, observadas as normas orientadoras que, segundo a proposição, deveriam ser expedidas pelo DNPS.

Dêsse substitutivo, amplamente discutido no CONSPLAN, junto à administração federal e aos órgãos de classe, resultou a forma definitiva, tal como se acha consubstanciada no Decreto-lei 72, de 21 de novembro de 1966. Com êsse ato inicia-se um novo ciclo de realizações na Previdência Social, cujo significado, em certos aspectos, transcende ao da promulgação da LOPS em nosso País.

II. 2 — Reforma Parcial da Lei Orgânica da Previdência Social

Antes do advento da LOPS, a tentativa várias vêzes ensaiada de unificação dos órgãos previdenciários, se porventura concretizada fôsse, teria encontrado em sua fase executiva uma complexidade das mais difíceis de serem removidas. Depois da promulgação da LOPS, já aplainado o terreno e afastados os óbices decorrentes da legislação diversificada, multiforme e até mesmo tumultuária, praticamente ultrapassados foram os maiores obstáculos antepostos a êsse nôvo cometimento.

Em verdade, conforme foi salientado na Mensagem ao Congresso Nacional remetida pelo Presidente da República na abertura da Sessão Legislativa de 1966, a Lei Orgânica da Previdência Social representou a consolidação de uma copiosa legislação anterior e uma incorporação ao sistema previdenciário brasileiro de tôdas as inovações surgidas nesse campo. Seis anos de funcionamento, entretanto, como já assinalado, revelaram as imperfeições da lei e as falhas na execução do sistema, tornando-se imperiosa sua reformulação. Os benefícios pecuniários, embora pagos e reajustados com pontualidade, ainda exigem dos segurados longa permanência nas filas; a assistência médica reclama atendimento mais rápido; a dispersão ou pluralidade de serviços dificulta-lhe o funcionamento e onera os custos operacionais.

Por todos êsses e outros motivos impunha-se levar a efeito a reformulação geral de suas bases orgânicas e funcionais. Ao que revelavam os estudos realizados, muito maior produtividade poderia ser obtida através da unificação administrativa dos Institutos, integrando os seus serviços, de modo a promover a correção de anomalias ainda encontradas em certas localidades, onde o paralelismo de ação se faz presente, ou a ausência de órgão previdenciário se faz notória.

Embora necessária, não se configurava suficiente essa providência. Mister se fazia, ainda, escoimar da LOPS os êrros nela contidos e adaptá-la às novas condições sócio-econômicas de nosso País. Nesse sentido foi elaborado pelo MTPS um anteprojeto

alterando alguns dispositivos da LOPS, o qual veio a transformar-se no Decreto-lei 66, de 21 de novembro de 1966.

Entre as alterações levadas a efeito, incluem-se as seguintes: elevação do limite máximo de contribuição para 10 vezes o valor do maior salário-mínimo vigente no País, elevando o teto dos benefícios para o mesmo limite; atualização dos benefícios tôdas as vezes que fôsse alterado o salário-mínimo, visando com isso a pagamentos em termos de moeda real.

De apreciável interêsse para o segurado, e até mesmo para as emprêsas, são também as medidas simplificadoras instituídas no referido diploma legal em relação ao processo de inscrição dos segurados, que começam atribuindo validade plena, para fins de previdência, às anotações constantes da carteira profissional, a qual ganha assim maior expressão como documento básico do trabalhador, poupando-se à emprêsa o trabalho de fornecer atestados e declarações com elementos já constantes da carteira. Nesse mesmo ato é prevista, igualmente, a possibilidade de emissão de uma carteira especial para os trabalhos autônomos, e se estabelece que o custeio da emissão de carteiras profissionais corra por conta da previdência social.

Esse estatuto legal introduziu outras e profundas modificações na LOPS, tôdas destinadas a beneficiar os segurados e racionalizar os serviços, convindo ressaltar as seguintes providências: eliminação do limite máximo de 24 meses em relação ao auxílio-doença, passando êste a ser mantido enquanto houver incapacidade para o exercício da profissão habitual do segurado; a aposentadoria por invalidez já não dependerá de exame médico nos casos de moléstia que acarrete segregação compulsória; dissociação do auxílio-natalidade, benefício em dinheiro, da assistência médica, que será prestada em caráter obrigatório, mas sem que dela depenada, como ocorria antes, a fixação do valor do auxílio em dinheiro; reformulação do critério para a concessão de aposentadoria por tempo de serviço; e, no que diz respeito à assistência médica, instituição da contratação de serviços dos hospitais e outros estabelecimentos, mediante pagamento global ou seja, paga-

mento conjunto da hospitalização e dos cuidados médicos, sem se estabelecer distinção entre as duas parcelas.

II. 3 — Plano de Ação da Previdência Social

Antecipando-se à unificação administrativa do sistema de previdência social, o MTPS elaborou e pôs em imediata execução um plano de coordenação das providências indispensáveis à solução racional do problema. Trata-se do Plano de Ação para a Previdência Social (PAPS), cujo objetivo é supervisionar a reforma executada, através de estudos antecipados sobre o sistema de padronização das rotinas e a uniformização dos métodos e processos de trabalho, visando à adoção imediata de padrões mais elevados na prestação de serviços. Esse plano estabelece, igualmente, uma programação prioritária que define a política governamental no campo da previdência social, ao mesmo tempo que passa a orientar os executores, os empresários, os segurados e demais interessados nessa política.

O PAPS, que teve sua vigência encerrada com a instalação do INPS, a 2 de janeiro de 1967, foi estruturado à base das seguintes atividades: benefícios, assistência médica, acidentes do trabalho, arrecadação, procuradoria, contabilidade e orçamento, administração geral, racionalização administrativa, previdência social rural e patrimônio.

Em relação a cada uma dessas atividades foram definidas as diretrizes e estabelecidos os respectivos programas de execução, a cargo de grupos de trabalho especificamente constituídos para esse fim. O Plano teve, assim, a incumbência de reformular o sistema de arrecadação, racionalizar as atividades de Procuradoria, padronizar e uniformizar os serviços de contabilidade e dar nova dinâmica à administração geral. Constituiu-se, pois, numa providência de natureza programática, indicando o elenco de medidas administrativas necessárias à racionalização dos serviços previdenciários, representando um pensamento racional e seguro em relação aos principais problemas que a previdência terá de enfrentar.

III. Diretrizes de Ação para a Previdência Social

III.1 — Providências em Curso

Após a unificação administrativa do sistema de Previdência Social, culminando com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social, o encerramento do PAPS e as alterações introduzidas na LOPS, cogita-se, agora, de levar a efeito reformas parciais, de caráter imediato e de certa forma complementar às medidas já adotadas.

Uma das providências em vias de se realizar relaciona-se diretamente com a assistência médica prestada pela Previdência Social aos beneficiários do regime. Trata-se de definir e estabelecer uma política médico-assistencial, à base dos recursos financeiros disponíveis, mediante a qual se especifiquem os objetivos a atingir e as metas prioritárias, e se delimite a área de atuação da previdência, dos governos federal, estaduais e municipais em um plano orgânico elaborado em comum acôrdo com os órgãos responsáveis.

Ponto dos mais importantes e que de longa data vem reclamando estudo acurado é o que se prende diretamente ao custeio desses serviços. Já tivemos ensejo de assinalar que, de acôrdo com a legislação vigente, a assistência médica da Previdência é prestada aos seus usuários na conformidade de suas possibilidades finan-

ceiras e segundo as condições locais o permitam. Parece fora de dúvida a necessidade de se criar uma forma de custeio específica para os serviços médicos, retirando-lhe o caráter condicional de hoje, para que se possa elaborar e executar um programa de trabalho estável, eficiente, e que, ao mesmo tempo, compatibilize os recursos disponíveis com os objetivos que se pretenda atingir.

Outra providência em andamento refere-se ao Serviço de Alimentação da Previdência Social. Esse órgão, graças à LOPS, foi incluído no sistema de previdência como órgão pertencente à sua administração. A recente reforma administrativa que deu origem à criação do INPS, não mais reconhecendo no SAPS a qualidade de integrante da linha de administração da previdência, dispôs que àquele órgão fôsse dada nova estrutura e finalidade. Uma Comissão Especial, instituída no MTPS, elaborou anteprojeto de lei no sentido de integrá-lo à SUNAB, achando-se o assunto dependente de decisão governamental. (*)

Outra Comissão Especial, desta feita somente constituída de elementos do MTPS, está cuidando da elaboração de um novo Regulamento Geral da Previdência Social que se adapte às modificações decorrentes da unificação do sistema, bem como, as alterações introduzidas na LOPS, por intermédio do Decreto-lei 66, de 21 de novembro de 1966.

III. 2 — Providências a Adotar

III. 2.1 — Substituição do regime financeiro

Como se sabe, repousa o regime financeiro de capitalização adotado na Previdência Social na contribuição dos empregados, empregadores e União Federal e em uma quarta parcela, cuja formação se faz mediante o rendimento das aplicações de capital realizado com os excedentes de receita apurados em cada exercício. Em virtude dos crescentes encargos originários dos benefícios de longa duração, admite o próprio regime que os saldos financeiros

(*) Por Decreto-lei de 27-2-67 o SAPS foi extinto, transferindo-se suas atribuições para a COBAL e outras entidades públicas.

do sistema de previdência tendem a reduzir-se gradativamente a ponto de as receitas diretas não bastarem para cobrir as despesas institucionais. Nessa época, a insuficiência verificada deverá ser complementada pela renda do patrimônio até então constituído. Com a função específica de reforçar as receitas diretamente recolhidas dos contribuintes, destina-se essa quarta parcela, em última análise, a evitar a instabilidade da taxa de contribuição, pelo menos durante um largo período de tempo, se mantidas as bases inicialmente estabelecidas.

Em síntese, pois, o regime financeiro do sistema previdenciário visa precipuamente a estabelecer o equilíbrio entre recursos e encargos. Qualquer regime que atenda a essa finalidade tem, portanto, a sua aceitação assegurada em princípio. Nada impede, por exemplo, que o seu mecanismo dispense a acumulação de fundos e respectivos investimentos, ainda que algumas restrições de ordem econômica lhe possam ser feitas. Estas, porém, nem sempre se afiguram relevantes diante das circunstâncias existentes na época, daí advindo que a escolha de um regime financeiro nem sempre se faz à luz apenas de critérios econômicos. Outros aspectos, como os de natureza política, social, demográfica, etc., devem ser convenientemente ponderados, pois a êles também deverá ater-se o financiamento do seguro social.

Assim, diante de determinadas condições, pode-se preferir adotar um regime financeiro que se inicie com uma taxa de contribuição estritamente necessária ao cumprimento dos encargos imediatos, para elevá-la depois, na medida das necessidades. Diante das mesmas condições, pode-se julgar mais conveniente estabelecer um regime inicialmente mais caro, em troca de maior segurança na estabilidade da taxa e assim optar-se pelo de capitalização, em sua forma clássica ou em alguma de suas variantes. Vantagens e desvantagens poderiam ser arroladas para ambos os tipos extremos considerados.

No Brasil, quando as instituições de previdência social abrangiam determinados grupos ou classes, sob a forma de Caixas por emprêsas e, mais tarde, Institutos por categorias profissionais, o regime de acumulação era o que naturalmente mais se recomendava,

pôsto que cada entidade isoladamente deveria assegurar com recursos próprios sua estabilidade financeira. Entretanto, quando o seguro obrigatório se generaliza e tende a abranger tôdas as categorias de população, a natureza do problema se desloca sensivelmente, assumindo importância fundamental certas questões de natureza econômica, política e social que antes não tinham tanta proeminência.

A longo prazo, sob condições estáveis, o regime financeiro de capitalização oferece maior vantagem do que o de repartição pura, já que no estágio de madureza do regime acabaria por funcionar à base de uma contribuição mais baixa. Na prática, entretanto, não logrou êsse regime, entre nós, atingir os objetivos a que se propunha, no tocante à estabilidade da taxa de contribuição, tornando-se indispensável a introdução de medidas corretivas e onerosas para a coletividade.

Nesses últimos anos, elevou-se a taxa de contribuição para a previdência social nada menos de quatro vêzes. Primeiro, de 3 para 5%, depois para 6%, mais tarde para 7% e, logo a seguir, para 8%, ficando patenteada a inobservância de um dos pressupostos básicos do regime. Outras condições, como a invariância das funções biométricas, a permanência das bases econômico-financeiras admitidas no cálculo atuarial, etc., também não se verificaram. De resto, o descumprimento desses pressupostos não ocorreu somente no Brasil. Em quase todos os países do Velho Mundo as circunstâncias impeliram a troca do regime de capitalização por outro, misto de capitalização e repartição, já se configurando irreversível o movimento para a situação primitiva, em virtude, inclusive, dos maciços capitais de cobertura que seriam exigidos na operação.

No Brasil, além do magno problema provocado pela falta de constituição das reservas técnicas, manifesta-se, ainda, o da baixa rentabilidade dos investimentos a cargo do seguro social, cujos resultados desaconselham o prosseguimento da política inversionista até então adotada, no tocante à construção de conjuntos residenciais.

No caso de o seguro social compulsório abranger tôdas as categorias de população, como certamente ocorrerá entre nós nas próximas décadas, é perfeitamente possível optar-se por um regime de capitalização menos ambicioso, destituído da pretensão de obter a plena integralização das reservas de benefícios; ou mesmo por reger-se o seguro pelo regime de repartição pura. A respeito, vale assinalar que os dispositivos legais vigentes permitem à Previdência Social adotar o regime financeiro a que deve obedecer o seu equilíbrio atuarial, desligando-a inteiramente dos conceitos rígidos relativamente aos regimes financeiros adotados, a saber, capitalização clássica ou repartição simples. O regime financeiro da previdência social brasileira será aquêle que decorrer das disposições estabelecidas no respectivo Plano de Custeio, que, por sua natureza, deverá ter flexibilidade bastante para adaptar-se periodicamente às necessidades e possibilidades de cada época.

Tendo-se iniciado o sistema entre nós com o regime de capitalização clássico em grupo aberto para os benefícios de longa duração e com o de repartição simples para os benefícios e demais despesas de curta duração, já existe acumulado certo vulto de reservas, ou melhor, de patrimônio, que, evidentemente, continuará a integrar o seu ativo. Esse fato não impedirá que se adote desde logo o regime de repartição pura se fôr esta solução considerada mais indicada — a qual, como se sabe, dispensa a constituição de reservas e sua conseqüente aplicação. Com esse procedimento, desvinculam-se os fundos acumulados dos resultados impostos pelos cálculos tradicionais. Os excedentes de receita que o sistema previdenciário lograr obter passarão a funcionar como reservas de contingência, com a finalidade de corrigir possíveis distorções na economia em matéria de desemprego, ou quaisquer outras eventualidades de caráter transitório.

III. 2.2 — Assistência ao Trabalhador Rural

Outra providência consiste em proceder-se a estudos mais aprofundados no sentido de incluir no âmbito da previdência social a grande família dos trabalhadores rurais, ainda praticamente à margem da proteção a que tem direito.

Em verdade, se, de um lado, a inclusão do trabalhador rural no âmbito da previdência se constitui em imperativo de justiça social, de outro, as condições peculiares que cercam a atividade rural e a diversidade de relações jurídicas existentes entre trabalhadores e proprietários rurais têm-se transformado em óbices intransponíveis a essa desejada realização.

Forçoso é reconhecer, também, que o nosso meio rural não dispõe ainda de condições institucionais capazes de compatibilizar, em nível satisfatório, as necessidades do homem com as possibilidades existentes. Impõe-se, portanto, ao se instituir um plano de prestações, submetê-lo à prova do contraste entre os encargos assumidos e os recursos disponíveis. E' imprescindível, antes de tudo, que se identifiquem as dificuldades a enfrentar com a extensão do regime de previdência ao trabalhador rural e seus dependentes e se adotem as medidas adequadas à sua remoção.

III. 2.3 — Estudos para a implantação da seguridade social

No Brasil, a previdência social continua a ser prestada ainda em termos parciais, pois existe praticamente apenas para os trabalhadores urbanos, ainda assim com virtual exclusão da numerosa classe dos empregados domésticos (cêrca de um milhão de pessoas); e nem sequer defende o trabalhador contra os efeitos do desemprego. Além disso, vincula o dependente ao trabalhador segundo uma organização familiar teórica, que exclui extensas faixas de pessoas da família carecedoras de proteção.

Tal sistema, por conseguinte, está longe de constituir meio adequado para assegurar um mínimo de bem-estar à população inteira, sendo, ademais, quando analisado como um todo, desnecessariamente complexo no que tange à concessão dos benefícios e sobretudo à angariação de recursos para seu custeio.

As falhas e dificuldades reconhecidas estão a exigir um sistema básico de proteção individual, modesto que seja, mas universal, de filiação direta, em função da própria pessoa, e não através de um trabalhador contribuinte. Só assim, ultrapassando nosso vigente

sistema de base profissional, poderemos atingir o estágio da seguridade social, modalidade mais completa e mais avançada de proteção social, em que tantos países já ingressaram.

A organização de base profissional não protege os mais necessitados, mas apenas os trabalhadores, cuja atividade lhes garante uma situação econômica e cujo nível de organização classista lhes permitiu reivindicar a previdência social e outros direitos, inclusive conquistando, mediante conhecidos mecanismos de pressão, inegáveis privilégios previdenciários, mais acentuados para umas categorias que para outras.

Ora, numa sociedade cuja economia se funda na livre iniciativa, a garantia de um mínimo de bem-estar individual constitui responsabilidade social, inerente às características dessa sociedade e essencial à sua sobrevivência, não devendo ser matéria de reivindicações classistas, nem móvel de lutas sindicais. Numa previdência social democrática, de organização racional e justa, só acima desse mínimo é que cabe às classes promover a instituição de planos complementares de seguro, para reforço da proteção essencial genérica — mas sempre mediante custeio desses planos pelas próprias classes beneficiadas e respectivas empresas.

Sem se cogitar, por enquanto, da correção do erro que esses privilégios constituem, cabe dar o primeiro passo no sentido da seguridade social, mediante planos destinados a amparar pelo menos alguns grupos à margem da previdência de base profissional — sem prejuízo de se cuidar do que ainda falta para completar esta, levando-a aos domésticos e aos rurais. E aqui não só a experiência internacional, mas também estudos levados a efeito entre nós indicam que se deve começar pelas pessoas de idade avançada, cuja proteção deverá ser o próximo objeto, ainda que em bases necessariamente modestas.

É evidente que qualquer passo nesse sentido deve levar em conta as possibilidades do País e as necessidades do desenvolvimento econômico, sob pena de restituir-se o sistema à situação anterior, de ineficiência e inviabilidade.

III. 2.4 — Instituição do seguro-desemprego

A recente instituição do auxílio-desemprego foi a primeira etapa de um seguro-desemprego em moldes consentâneos com a realidade brasileira, devendo ser igualmente mencionada a extensão do prazo de carência do segurado desempregado, nos termos do Decreto-Lei nº 66, de 21-11-1966. Conjugado com o Fundo de Garantia por Tempo de Serviço e levado a efeito como parte integrante da previdência social, êsse seguro virá tornar efetiva a estabilidade econômica do trabalhador e, indiretamente, de sua família.

Embora os estudos não estejam tão avançados quanto os referentes ao salário-maternidade, focalizado a seguir, já existem elementos capazes de servir de ponto de partida para um exame definitivo que conduza à concretização do seguro-desemprego, indispensável dentro do plano profissional, cujos benefícios se vinculam ao emprego, a rigor deixando de existir quando cessa êste.

III. 2.5 — Reformulação do salário-maternidade

É oportuno considerar a reformulação do custeio do salário-maternidade, que impròpriamente ainda constitui encargo direto das emprêsas, onerando o trabalho feminino com um benefício social, o que não raro acarreta injustificável discriminação, pois a emprêsa, compreensivelmente, hesita em admitir empregadas, pelo receio de vir a ter de pagar-lhe o salário durante o período de afastamento por motivo de gravidez e parto.

A solução, aqui, seria a distribuição do ônus por tôdas as emprêsas, através de mecanismo semelhante ao que hoje vigora para o salário-família. O assunto já foi estudado, tendo-se concluído pela criação, na previdência social, de um auxílio-maternidade custeado pelas emprêsas, na base de uma contribuição adicional. Êsse auxílio, concedido durante o afastamento da empregada por motivo de gravidez e parto, substituiria o pagamento a cargo da emprêsa.

Trata-se de providência que, embora menos premente e de menor alcance que outras, oferece a vantagem de já estar estudada, podendo ser posta em prática sem demora.

DEPARTAMENTO DE IMPRENSA NACIONAL
1967