

TEXTO PARA DISCUSSÃO

Nº 127

Política Social no Brasil: a
Relevância dos Paradigmas
Históricos e Comparativos

Marcelo de Paiva Abreu¹



PUC-Rio – Departamento de Economia

www.econ.puc-rio.br

Abril de 1986

¹ Estudo preparado para o Instituto de Estudos Políticos e Sociais, Rio de Janeiro. O autor agradece os comentários de Pe. Fernando Bastos d'Ávila, Renato Galvão Flores Jr., Winston Fritsch, Hélio Jaguaribe, Wanderley Guilherme dos Santos e Rogério L. F. Werneck. Agradece ainda as vitais indicações bibliográficas de Wanderley Guilherme dos Santos. Versão preliminar.

Índice

1. Paradigmas “históricos” de projetos de reforma social: lições para o Brasil?
2. Indicadores sociais brasileiros e a definição de paradigmas “comparativos”
 - 2.1. Indicadores sociais brasileiros e comparações internacionais
 - 2.2. Paradigmas definidos com base em comparações internacionais “ideal”, “espanhol”, “argentino”, “grego”
 - 2.3. Diferenças inter-regionais nos indicadores sociais brasileiros
 - 2.4. Paradigmas definidos com base na redução de distorções regionais: “Brasil 2000”
3. Projeções de indicadores no período até 2000

A definição de objetivos a alcançar quanto a determinados indicadores sociais no contexto de um novo pacto social definido substantivamente e a fixação de trajetórias de evolução de tais indicadores no médio e longo prazos colocam automaticamente como de singular relevância a análise de experiências prévias em outros países. Tem interesse não apenas a análise da evolução no longo prazo de projetos prévios de reforma social – que definiriam pelo menos em princípio os paradigmas ditos “históricos” – mas, também, a comparação dos atuais indicadores sociais brasileiros com os relativos a outros países de tal forma a identificar disparidades e definir paradigmas “comparativos”.

Dentro deste entendimento este trabalho está dividido em três seções. Na primeira são discutidos especificamente os paradigmas “históricos” com ênfase no caso do Reino Unido e em alguns “desvios” europeus. Na segunda seção são apresentados e discutidos os indicadores sociais brasileiros em comparação aos de outros países de nível similar de desenvolvimento econômico, discutem-se paradigmas internacionais alternativos e paradigmas definidos à luz de comparações entre os indicadores sociais referentes às diferentes regiões brasileiras – que, como se verá, parecem ser mais apropriados do que aqueles inspirados pela experiência internacional – e define-se o paradigma para o Brasil no final do século. Finalmente, na terceira seção trata-se de analisar trajetórias alternativas até o ano 2000 para um conjunto representativo de indicadores sociais brasileiros tendo como objetivo os paradigmas mencionados acima.

1. Os paradigmas “históricos” de projetos de reforma social: lições para o Brasil?

É natural, no quadro de preocupações quanto às características da política de reforma social a ser adotada no Brasil que, ao menos em primeira instância, o interesse concentre-se no exame da experiência histórica de países que se caracterizem pela adoção e “sucesso” de políticas de reforma social. Estas experiências prévias configurariam numa primeira aproximação paradigmas históricos a balizar o avanço da reforma social no Brasil.

Classicamente o paradigma estudado refere-se ao Reino Unido, em parte por ter sido palco pioneiro da industrialização acelerada e, portanto, das mudanças e problemas sociais a ela associadas, em parte por ter-se constituído no imediato pós-Segunda Guerra Mundial em exemplo de *Welfare State*, culminando sessenta anos de progressiva reforma social.

A análise da experiência histórica britânica ressalta a lentíssima transição de “políticas sociais” inicialmente calcadas na prioridade da manutenção da lei e da ordem, enfatizando o controle da mobilidade geográfica da classe trabalhadora para arranjos mais modernos - ou seja, adequados às exigências do capitalismo emergente e, a partir do último terço do século XIX, do capitalismo maduro. O *Act for the Relief of the Poor* Elisabetano (1601) regulou por mais de dois séculos o auxílio (*relief*) aos pobres, como sugerem os Webbs dentro do quadro de referência da repressão, com base

na responsabilidade paroquial e, conseqüentemente, na limitação à mobilidade da mão de obra. O conflito de tal política com o capitalismo emergente no século XVIII é evidente; embora a tradição paternalista ainda se manifeste a partir de 1795 na generalização do pagamento de suplementos salariais em caso de encarecimento dos cereais através do sistema de Speenhamland, a política social será eventualmente alinhada, em 1834, às necessidades dos setores mais dinâmicos da economia. A proibição de concessão de auxílio aos pobres fora das *workhouses* expulsa a mão de obra para as cidades e configura o auge do sistema liberal vitoriano que só começará a ser abalado substantivamente na década de 1890¹.

¹ Ver G. V. Reimlinger, *Welfare Policy and Industrialization in Europe, America and Russia*, Nova Iorque, 1971, capítulos 1 e 2; J. Youngs, *Sixteenth-Century England*, Harmondsworth, 1984, capítulo 11 e R. Porter, *English Society in the Eighteenth Century*, Harmondsworth, 1982, pp.142-9.

As raízes do moderno *Welfare State* britânico foram lançadas de forma modesta no fim do século XIX com o seguro compulsório referente a acidentes de trabalho abandonando-se a ênfase na ligação entre culpabilidade e responsabilidade do trabalhador que caracterizava a legislação em vigor. O corte radical com a situação anterior dar-se-ia com as reformas liberais de Lloyd George e Churchill, entre 1906 e a eclosão da Primeira Guerra Mundial. O *Old Age Pension Act* de 1908 garante pagamento, sem exigência de contribuição prévia, aos idosos e deficientes; o *National Insurance Act* de 1911 assegura, para certos trabalhadores, e por um período limitado cada ano, a manutenção de pagamentos em caso de ocorrência de desemprego ou problemas de saúde. O sistema de seguro desemprego cobria apenas cerca de 12% da força de trabalho, requeria assinatura diária dos desempregados e inicialmente dependia estritamente das contribuições recolhidas. A ampliação do sistema, embora não o tenha tornado universal, efetivamente destruiu suas bases atuariais, tal como originalmente concebidas, e implicou em substanciais transferências financeiras do orçamento central para custear as despesas além da receita de contribuições³.

A que atribuir o avanço significativo do projeto de reforma social britânico ao final do século XIX? Certamente tem algo a ver com os diagnósticos que se acumularam no correr do século sobre a inadequação dos pressupostos que ampararam a reforma da *Poor-Law* na década de 1830: Mayhew, no final da década de 1840, Booth, no final da década de 1880, entre os mais famosos. Também está relacionado às campanhas de sociedades caritativas privadas como a *Charity Organization Society* (1869). Tem algo a ver com a vaga ideia de aumento de “eficiência”, em vista dos péssimos indicadores de saúde resultantes da seleção de recrutas na guerra dos Boers. Por outro lado, certamente não corresponde a resultado automático da ampliação do colégio eleitoral que se realiza por etapas em 1832, 1867 e 1885. É difícil explicar a defasagem entre aperfeiçoamento dos mecanismos eleitorais e salto qualitativo em termos da constituição das bases do *Welfare State*. Além disto, a ampliação do colégio eleitoral foi, no período pré-Primeira Guerra Mundial, muito mais modesta do que se supõe: a reforma de 1867 resulta em tornar apenas 7% da população membros do colégio eleitoral; em 1911, 40% dos homens adultos ainda estavam excluídos do colégio eleitoral. Em qualquer caso é obscuro em que medida os projetos de reforma social se constituíram em temas eleitorais fundamentais e certamente não há uma relação simples entre aumento do peso do colégio eleitoral e vitórias eleitorais dos partidos que defenderam os projetos mais avançados de reforma social. O avanço das organizações sindicais e a constituição do Partido Trabalhista parecem ser desenvolvimentos mais relevantes para explicar o avanço da reforma social no Reino Unido no princípio deste século⁴.

³ Ver J. R. Hay, *The Origins of the Liberal Welfare Reforms 1906-1914*, Londres, 1975; G. V. Reimlinger, *op. cit.*, capítulo 2 e J. Stevenson, *British Society 1914-45*, Harmondsworth, 1984, capítulos 7, 10 e 11.

⁴ Ver G. V. Reimlinger, *op. cit.*, cap. 2; M. Rose, *The Relief of Poverty 1934-1914*, 19 72; H. Hecló, *Modern Social Politics in Britain and Sweden. From Relief to Income Maintenance*, New Haven, 1974, capítulos 1, 2 e 6.

A constituição do *Welfare State* no pós-Segunda Guerra Mundial com sua ênfase em universalidade e manutenção de altos níveis de qualidade através do *Family Allowances Act*, do *National Assistance Act*, do *National Insurance Act* e do *National Health Service Act*, corresponde ao amadurecimento da universalização de direitos sociais culminando a generalização de direitos civis e políticos que havia caracterizado os séculos XVIII e XIX, respectivamente⁵.

Mas em que medida a experiência histórica britânica configuraria um paradigma adequado para outros países? As peculiaridades do desenvolvimento econômico e social do Reino Unido sugerem que o caso britânico não constitui paradigma adequado para a experiência de outros países. Por exemplo, no caso da Alemanha o início da constituição dos alicerces do *Welfare State* tem a ver com a aliança entre trabalhadores e Estado contra a burguesia liberal afastando-se irremediavelmente do paradigma britânico. A precocidade alemã na área da legislação social mesmo em relação ao Reino Unido, entretanto, não inclui a introdução do seguro desemprego que deverá esperar até 1927 para ser introduzido em versão bem modesta⁶.

A inexorabilidade das reformas sociais num quadro de aperfeiçoamento das instituições democráticas decorre do amadurecimento político das sociedades modernas: à formação e construção dos Estados Nacionais, seguem-se os estágios de participação (desenvolvimento das democracias de massa via equalização de direitos políticos) e de redistribuição (desenvolvimento dos *Welfare States* e estabelecimento da cidadania social)⁷. A reforma social, no limite, decorre de diagnóstico quanto à inviabilidade no longo prazo de determinadas trajetórias quanto a indicadores de bem-estar público: neste sentido a propensão a reformar está intimamente relacionada ao realismo das elites quanto à manutenção da estabilidade política a prazo mais longo.

Os requisitos relativos à reforma social têm a ver tanto com o desenvolvimento socioeconômico, quanto com a capacidade de mobilização política em favor da reforma e com o desenvolvimento constitucional de determinadas sociedades. Os breves comentários acima sugerem a dificuldade do estabelecimento de paradigmas históricos. Mas sugerem também certas condições, senão suficientes, pelo menos necessárias ao avanço do projeto de reforma social: aumento de representatividade de colégios eleitorais, fortalecimento das estruturas de organização sindical, diagnóstico adequado do quadro social. O sucesso de um projeto de reforma social específico decorre da conjugação de diagnóstico adequado, legitimidade política do governo e vontade política.

⁵ Ver G.V. Reimlinger, *op. cit.*, pp.148-154; A. Marwick, *British Society Since 1945*, Harmondsworth, 1982, cap. 3 e P. Flora e A. Heidenheimer, *Historical Core and Changing Boundaries of the Welfare State in P. Flora e A. J. Heidenheimer, The Development of Welfare States in Europe and America*, New Brunswick, 1981.

⁶ Ver G. V. Reimlinger, *op. cit.*, capítulo 4.

⁷ Ver P. Flora e J. Alber, *Modernization, Democratization, and the Development of Welfare States in Western Europe in P. Flora e A. J. Heidenheimer, The Development of Welfare States in Europe and America*, New Brunswick, 1981, pp.45-46.

2. Indicadores sociais brasileiros e a definição de paradigmas “comparativos”

2.1. Indicadores sociais brasileiros

Antes de tratar da definição de paradigmas “comparativos”, sejam eles definidos à luz da experiência internacional ou de disparidades regionais é importante estabelecer de forma clara qual a posição relativa ocupada pelo Brasil no cenário internacional em relação ao nível dos principais indicadores sociais e discutir a possível origem dos desvios observados em relação a países passíveis de comparação. Para os fins desta análise os indicadores sociais selecionados incluem essencialmente os relativos a saúde (esperança de vida ao nascer, mortalidade infantil, padrões de nutrição)⁸ e educação (taxa de alfabetização de adultos).

A tabela 2.1 fornece o pano de fundo essencial ao exame dos índices do Brasil e dos países de renda equivalente ao registrar de forma marcante as disparidades entre países mais desenvolvidos e menos desenvolvidos. *Grosso modo* pode-se dizer que a esperança de vida nos países de renda alta é cerca de 15 anos superior à dos países menos desenvolvidos, a mortalidade infantil (menos de um ano) é cerca de oito vezes menor, o suprimento calórico 30% maior, a taxa de alfabetização 70% maior. Não há diferenças sensíveis entre países ditos de renda baixa e de renda média, a despeito da renda per capita ser cinco vezes maior nos países relativamente mais desenvolvidos.

⁸ O indicador relativo ao nível de suprimento calórico atendido é reconhecidamente precário não apenas por referir-se a apenas uma das variáveis relevantes, mas também porque não leva em conta a distribuição de suprimento calórico pela população. A despeito disto não há índice alternativo que esteja disponível para uso no quadro desta análise. Reconhece-se ainda que algum dos indicadores escolhidos são fortemente dependentes entre si, mas preferiu-se evitar enfrentar os intrincados problemas relativos a medidas agregadas de bem-estar social. Para indicadores agregados ver L. F. da S. Pinto, *Social Inadiável*, São Paulo, 1989, p. 2, 7 e seguintes.

Tabela 2.1

Indicadores Sociais Básicos, por Grupos Homogêneos de Países, 1983

Indicador	População (milhões) meados de 1983	Renda per capita US\$ 1983	Esperança de vida ao nascer (anos)	Mortalidade infantil por mil nascidos vivos (menos de um ano)	Mortalidade infantil por mil crianças (1 a 4 anos)	Suprimento calórico como % requisito mínimo	Taxa de alfabetização de adultos (%)*
Países de baixa renda	<u>2.335,4</u>	<u>260</u>	<u>59</u>	<u>75</u>	<u>9</u>	<u>105</u>	<u>58</u>
China e Índia	1.752,3	280	62	61	6	109	61
África e Sub-Saara	583,0	220	51	115	18	93	50
Outros	245,2	200	48	119	23	91	
Países de renda média	<u>1.165,2</u>	<u>1.310</u>	<u>61</u>	<u>75</u>	<u>9</u>	<u>114</u>	<u>60</u>
Renda média inferior	665,1	750	57	87	11	109	59
Renda média superior	500,1	2.050	65	59	5	119	76
Países de alta renda exportadores de petróleo	<u>17,9</u>	<u>12.370</u>	<u>59</u>	<u>90</u>	<u>11</u>	...	<u>32</u>
Países industrializados de economia de mercado	<u>728,9</u>	<u>11.060</u>	<u>76</u>	<u>10</u>	...	<u>133</u>	<u>99</u>
Países socialistas europeus	386,1	...	<u>70</u>	<u>30</u>	<u>1</u>	<u>113</u>	<u>99</u>

Fonte: Banco Mundial, *World Development Report*, 1983 e 1985.

* 1980.

A posição relativa do Brasil no seu grupo – países de renda média de população superior a 10 milhões de habitantes – fica clara do exame da tabela 2.2. A posição brasileira quanto aos principais indicadores sociais não apenas é significativamente pior do que a de países de nível de renda apenas marginalmente mais elevada como Coreia do Sul e Argentina, mas é também pior quase que em todos os indicadores de países de renda significativamente menor como a Colômbia, a Tailândia e as Filipinas. Dos países com renda per capita superior à brasileira apenas os produtores de petróleo e a África do Sul apresentam indicadores menos satisfatórios (no caso da África do Sul apenas os índices de mortalidade infantil são piores que os do Brasil). As comparações estáticas podem, é verdade, ser enganosas; cabe, portanto, examinar a evolução de tais indicadores no passado recente para obter subsídios adicionais sobre a posição relativa brasileira ao longo do tempo. Tais comparações dinâmicas são bastante complexas na medida que a evolução no tempo dos indicadores sociais é não-linear; assim, *a priori* pode-se esperar, *ceteris paribus*, que, quanto mais insatisfatório for um determinado indicador social, maior será o escopo para sua melhoria. Apesar destas dificuldades é possível perceber com base nas tabelas 2.3 e 2.4 que não apenas a posição brasileira em 1983 é insatisfatória face à “norma” internacional, mas, mais grave, as políticas sociais dos últimos vinte anos agravaram relativamente a posição do país.

Assim, por exemplo, diversos países nos quais a esperança de vida ao nascer (dos homens especialmente) era inferior à Brasileira em 1965, superaram, ou igualaram, o indicador brasileiro em 1983 (caso da Tailândia, Turquia, Colômbia e África do Sul); outros países com esperança de vida igual à brasileira a melhoraram significativamente mais (Coreia do Sul); outros ainda, como o México, apesar de partirem de uma base mais favorável, progrediram o mesmo número absoluto de anos no período relevante. Quanto à mortalidade infantil de crianças de menos de 1 ano, de forma similar, vários países (Filipinas, Tailândia, Colômbia, Coreia do Sul, Argentina, México e Iugoslávia) apesar de partirem de índices de mortalidade mais baixos que o do Brasil obtiveram uma taxa de redução no período superior à brasileira. O mesmo ocorre no caso da mortalidade de crianças de 1 a 4 anos para o mesmo grupo de países, enquanto o esforço de alfabetização de adultos no Brasil (1960-80) só é claramente dominado pela experiência na Tailândia, Coreia do Sul, Colômbia e México.

O uso tanto de variações em termos absolutos quanto taxas de variação de indicadores sociais para indicar o sucesso na sua melhoria implica em resultados enganadores. Por um lado, como já dito, é mais difícil melhorar, digamos a esperança de vida, de um determinado número de anos se a esperança de vida na origem é maior. Por outro lado, países com menor esperança de vida podem alcançar facilmente altas taxas de aumento exatamente por partirem de uma base menor.

Tabela 2.2

Indicadores Sociais Básicos, Países de Renda Média Selecionados*, 1983

País	População (milhões) meados de 1983	Renda per capita US\$ 1983	Esperança de vida ao nascer (anos)	Mortalidade infantil por mil nascidos vivos (menos de um ano)	Mortalidade infantil por mil crianças (1 a 4 anos)	Suprimento calórico como % requisito mínimo	Taxa de alfabetização de adultos (%)**
Indonésia	155,7	560	54	101	13	111	62
Egito	45,2	700	58	102	14	128	28
Marrocos	20,8	760	52	98	12	110	28
Filipinas	52,1	760	64	49	4	106	75
Nigéria	93,6	770	49	113	17	104	34
Tailândia	49,2	820	63	50	4	103	86
Turquia	47,3	1.240	63	82	8	122	60
Colômbia	27,5	1.430	64	53	3	110	62
Brasil	129,7	1.880	64	70	6	110	76
Coreia do Sul	40,0	2.010	67	29	2	125	93
Argentina	29,6	2.070	70	36	1	127	93
México	75,0	2.240	66	52	3	128	83
Argélia	20,6	2.320	57	107	15	110	35
África do Sul	31,5	2.490	64	91	10	116	-
Iugoslávia	22,8	2.570	69	32	2	143	85
Irã	42,5	-	60	100	13	119	50

Fonte: Banco Mundial, *World Development Report*, 1985.

! * População superior a 10 milhões de habitantes.

** 1980.

Tabela 2.3

Indicadores Sociais Básicos, Países de Renda Média Selecionados*, 1965 e 1983

Indicador	Esperança de vida ao nascer (anos)				Mortalidade infantil por mil nascidos vivos (menos de um ano)		Mortalidade infantil por mil crianças (1 a 4 anos)		Taxa de alfabetização de adultos (mais de 15 anos)	
	Homens		Mulheres		1965	1983	1965	1983	1960	1980
País	1965	1983	1965	1983	1965	1983	1965	1983	1960	1980
Indonésia	43	52	45	55	138	101	20	13	39	62
Egito	48	56	49	59	123	102	21	14	26	28
Marrocos	48	51	51	54	149	98	32	12	14	28
Filipinas	55	63	58	66	90	49	11	4	72	75
Nigéria	40	47	43	50	152	113	33	17	15	34
Tailândia	53	61	58	65	90	50	11	4	68	86
Turquia	52	61	55	66	157	82	35	8	38	60
Colômbia	53	62	59	66	80	53	8	3	63	81
Brasil	55	61	59	66	104	70	14	6	61	76
Coreia do Sul	55	64	58	71	64	29	6	2	71	93
Argentina	63	66	69	73	59	36	4	1	91	93
México	58	64	61	68	82	52	9	3	65	83
Argélia	49	55	51	59	155	107	34	15	10	35
África do Sul	54	62	57	65	124	91	22	10	57	-
Iugoslávia	64	66	68	72	72	32	7	2	77	85
Irã	52	60	52	60	150	100	32	13	16	50

Fonte: Banco Mundial, *World Development Report*, 1985.

* População superior a 10 milhões de habitantes.

Tabela 2.4

Evolução de Indicadores Sociais Básicos, Países Seleccionados, 1965-1993

País	Aumento da esperança de vida (anos) ao nascer		Diminuição da mortalidade infantil por mil nascidos vivos (menos de um ano, %)	Diminuição da mortalidade infantil por mil crianças (um a quatro anos)	Aumento da taxa de alfabetização de adultos (mais de 15 anos) (1960-1980)
	Homens	Mulheres			
Indonésia	9	10	27	35	59
Egito	8	10	17	33	69
Marrocos	3	3	34	73	100
Filipinas	8	8	46	64	4
Nigéria	7	7	26	48	127
Tailândia	8	7	44	64	27
Turquia	9	11	48	77	58
Colômbia	9	7	34	73	29
Brasil	6	7	33	57	25
Coreia do Sul	9	13	55	67	31
Argentina	3	4	39'	75	2
México	6	7	37	67	28
Argélia	6	8	31	56	250
África do Sul	8	8	37	55	-
Iugoslávia	2	4	56	71	10
Irã	8	8	33	59	212

Fonte: Tabelas precedentes.

A literatura especializada contorna estas dificuldades estabelecendo um limite ideal para os indicadores sociais (digamos 80 anos para expectativa de vida, 100% de taxa de alfabetização, 10% para mortalidade infantil até 1 ano e 0% para mortalidade infantil de 1 a 4 anos) e comparando os resultados alcançados em cada país com base na proporção da deficiência em relação aos níveis ideais que é reduzida no período sob análise. Esta metodologia permite a comparação menos ambígua de todos os países de renda média cujos indicadores foram apresentados anteriormente⁹.

Os resultados (tabela 2.5) confirmam as considerações anteriores quanto à insuficiência do esforço brasileiro na superação de indicadores sociais básicos insatisfatórios. No grupo de países de renda média têm desempenho pior do que o Brasil quanto a esperança de vida Marrocos, Nigéria, Argentina e Iugoslávia (homens), Indonésia, Egito, Marrocos, Nigéria, Argélia e Irã (mulheres). Dentre os países de renda per capita superior à do Brasil apenas Argentina e Iugoslávia (homens) e Argélia (mulheres) apresentam números piores do que os referentes ao Brasil. Da mesma forma os indicadores referentes à diminuição da mortalidade infantil no Brasil só são melhores do que os referentes à Indonésia, Egito e Nigéria (renda per capita muito inferior à brasileira) e Argélia e África do Sul (renda per capita superior à do Brasil). Já quanto à redução do analfabetismo a posição relativa do Brasil é menos insatisfatória embora longe de ser um sucesso comparado aos países do Sudeste Asiático e até mesmo à Colômbia. De fato, por mais chocante que isto possa parecer, o retrospecto brasileiro quanto ao impacto das políticas sociais nos principais indicadores sociais não é significativamente diferente do da África do Sul.

Este retrospecto insatisfatório deve-se à combinação de gastos insuficientes na área social com a pior distribuição de renda não apenas entre os países de renda média mas entre todos os países para os quais o Banco Mundial apresenta dados comparados (na tabela 2.6 são apresentados os dados referentes à distribuição de renda nos países de renda média com população superior a 10 milhões de habitantes). A posição brasileira é a pior por qualquer critério usualmente referente à ordenação de distribuições (por exemplo, critérios de dominância de Lorenz e de Borda)¹⁰.

⁹ Ver A. K. Sen, *Levels of Poverty: Policy and Change. A Background Study for World Development Report, 1980, World Bank Staff Working Paper n° 401, 1980, pp. 18 e seguintes.*

¹⁰ Ver A. K. Sen, *op. cit.*, pp. 57-59.

Tabela 2.5

Resultado das políticas sociais em países de renda média, 1965-1983*

País	Declínio em % da insuficiência relativa à esperança de vida ao nascer		Declínio em % da insuficiência relativa à mortalidade infantil (menos de 1 ano)	Declínio em % da insuficiência relativa à mortalidade infantil (um a quatro anos)	Declínio em % da insuficiência relativa à alfabetização de adultos (mais de 15 anos)**
	Homens	Mulheres			
Indonésia	24	29	29	35	38
Egito	25	22	19	33	24
Marrocos	9	10	37	63	16
Filipinas	32	36	51	64	11
Nigéria	17	19	27	48	22
Tailândia	30	32	50	64	56
Turquia	32	44	51	77	35
Colômbia	23	33	39	62	49
Brasil	24	33	36	57	38
Coreia do Sul	36	59	65	67	76
Argentina	18	36	47	75	22
México	27	37	42	67	51
Argélia	31	28	33	56	28
África do Sul	31	35	29	54	...
Iugoslávia	13	33	65	71	35
Irã	29	29	36	59	40

Fonte: elaborado com base na tabela 2.3.

* Países com população superior a 10 milhões de habitantes.

** 1960-1980.

Tabela 2.6

Distribuição de Renda em Países Selecionados*

País	Ano(s)	20% inferiores	2º quintil	3º quintil	4º quintil	20% superiores	10% superiores
Indonésia	1976	6,6	7,8	12,6	23,6	49 ,4	34,0
Egito	1974	5,8	10,7	14,7	20,8	48,0	33,2
Filipinas	1970-71	5,2	9,0	12,8	19,0	54,0	38,5
Tailândia	1975-76	5,6	9,6	13,9	21 ,1	49 ,8	34,1
Turquia	1973	3,5	8,0	12,5	19,5	56,5	40,7
Brasil	1972	2,0	5,0	9,4	17,0	6 6,6	50 ,6
Coreia do Sul	1976	5,7	11 ,2	15,4	22 ,4	45,3	27,5
Argentina	1970	4,4	9,7	14,1	21 ,5	50,3	35,2
México	1977	2,9	7,0	12,0	20,4	57,7	40,6
Iugoslávia	1978	6,6	12,1	18,7	23,9	38,7	22,9

Fonte: Banco Mundial, *World Development Report*, 1985.

* Definidos como de renda média pelo Banco Mundial, com população superior a 10 milhões de habitantes e para os quais existem dados.

2.2. Paradigmas definidos com base em comparações internacionais: “ideal”, “espanhol”, “argentino”, “grego”.

O sombrio quadro relativo aos indicadores sociais no Brasil e o insatisfatório resultado das políticas sociais adotadas nos últimos 20 anos para melhorar esta situação sublinham o acerto da atual ênfase da política governamental nos projetos da área social como condição essencial à estabilidade do desenvolvimento brasileiro nas próximas décadas.

Seria desejável, neste contexto, estabelecer metas que guardem coerência entre si. O que se pretende alcançar em termos de conjunto de indicadores sociais básicos no longo prazo, em princípio até o ano 2000?

O paradigma “ideal” é o que reflete os indicadores sociais básicos médios do grupo de países de renda alta (coluna 2 da tabela 2.7). Sem levar em conta considerações relativas a custos de programas sociais este seria sem dúvida o objetivo a alcançar no menor prazo possível¹¹. Considerações relativas a custos tendem a tornar menos ambiciosas estas metas. O caso espanhol apresenta interesse na medida em que os problemas de consolidação das instituições democráticas enfrentados nos dois países têm alguma semelhança/seguindo-se a um longo período de controle autoritário combinado com avanços significativos no terreno econômico-social. Mas, a despeito da renda per capita espanhola ser de apenas 40% da renda per capita média dos países de alta renda, os indicadores sociais relevantes são praticamente idênticos (coluna 3 da tabela 2.7).

Um paradigma calcado na posição argentina pareceria em princípio razoável pois significa considerável melhoria dos indicadores brasileiros. Entretanto, corresponde a um país com nível de renda per capita apenas 10% superior ao do Brasil, patamar que deverá ser alcançado pelo Brasil antes de 1990 (coluna 4 da tabela 2.7). A ser mantida uma taxa de crescimento do produto interno bruto da ordem de 6% ao ano até o ano 2000 a renda per capita brasileira alcançará um nível da ordem de US\$ 3.500 (a preços de 1983). Este nível de renda é, de acordo com a experiência internacional, compatível com a obtenção de níveis bastante ambiciosos de indicadores sociais básicos, próximos aos dos países de renda alta (Grécia/Iugoslávia). Como o Brasil está certamente atrasado em relação à “norma”, o paradigma “grego” (coluna 5 da tabela 2.7) parece ser o que combina as virtudes do realismo histórico (já que se trabalha aqui sem levar em conta os limites impostos por custos) a um ataque radical ao problema.

¹¹ O exame de trajetórias alternativas de indicadores sociais até 2000 é realizado na terceira seção adiante.

Tabela 2.7
Paradigmas internacionais

Esperança de vida ao nascer (anos)	Brasil 1983	“Ideal”	“Espanhol”	“Argentino”	“Grego”
Total	64	76	75	70	75
Homens	61	74	73	66	73
Mulheres	66	79	78	73	77
Mortalidade infantil por mil nascidos vivos (menos de 1 ano)	70	10	10	36	15
Mortalidade infantil por mil crianças (de 1 a 4 anos)	6	1	-	1	1
Suprimento calórico como % requisito mínimo (%)	110	133	136	127	142
Taxa de alfabetização de adultos (%)	76	99	-	93	-

Fonte: tabelas anteriores e Banco Mundial, *World Development Report*, 1983 e 1985.

É impossível deixar de reconhecer a relativa gratuidade na eleição de qualquer paradigma internacional especialmente na medida em que, como é o caso neste relatório, não se levar em conta o custo dos programas sociais capazes de assegurar a transição de um conjunto insatisfatório de níveis de indicadores sociais para um conjunto aceitável destes mesmos indicadores. Estas considerações levaram à busca de definição de paradigmas associados à redução da heterogeneidade dos níveis alcançados pelos indicadores sociais básicos nas diversas regiões do Brasil para definir, juntamente com os paradigmas internacionais, que Brasil social pretende-se em 2000.

2.3. Diferenças inter-regionais nos indicadores sociais brasileiros

Até o momento os indicadores sociais básicos brasileiros foram tratados de forma agregada, isto é, implicitamente foi suposto que sua adequação-ou inadequação-refletisse uma situação nacional homogênea. De fato, do exame dos indicadores a nível desagregado por região resultam retratos cruéis da desigualdade das condições médias de vida de brasileiros que habitam distintas regiões. As tabelas 2.8 a 2.16 refletem estas disparidades. A concentração da análise nas disparidades regionais não deve ser entendida como falta de reconhecimento de que a heterogeneidade intra-regional é significativa mas decorre essencialmente de conveniência quanto ao uso de estatísticas. Políticas sociais eficazes certamente deverão ser definidas não exclusivamente à luz de disparidades regionais, mas também da disparidade intra-regional de níveis renda. Note-se, entretanto (ver tabela 2.9), que a dispersão, por exemplo, dos indicadores básicos de saúde por nível de renda menor do que se poderia

supor *a priori* e que os índices referentes ao Nordeste são muito mais insatisfatórios do que os índices médios (Brasil) para o menor nível de renda.

Enquanto a esperança vida ao nascer para o Brasil (tabela 2.8) era de cerca de 60 anos em 1980, a relativa à região Nordeste era de 51 anos, muito inferior à média de 59 anos dos países de renda baixa ria definição do Banco Mundial: os índices relativos às regiões Sul e Sudeste por outro lado alcançam nível intermediário entre as médias referentes aos países de renda média superior e às economias industriais de mercado; de fato não estão distantes da esperança de vida nos países da Europa Oriental. Da mesma forma a mortalidade infantil no Nordeste era, em 1980 (tabela 2.10), da ordem de duas vezes a correspondente à região Sul (124,5/1000 nascidos vivos contra 60,9). A mortalidade infantil para o Brasil em 1983 havia caído para 71/1000, sendo provavelmente mantida a disparidade inter-regional.

As causas de tais disparidades regionais nos índices vitais têm a ver com situações significativamente diferenciadas quanto a padrões de nutrição, assistência médico-sanitária e saneamento básico. Informações mesmo que incompletas relativas a padrões de nutrição da população brasileira infelizmente datam de meados da década de 70. Não há, todavia, qualquer indicação de que a situação de desequilíbrio entre regiões tenha evoluído favoravelmente: a situação no Nordeste é significativamente mais grave do que no Sudeste, a menos dos casos de suficiência calórica e insuficiência proteica (tabela 2.11). O mesmo é verdadeiro para a disponibilidade de leitos de assistência médico-sanitária (tabela 2.12).

No que diz respeito tanto a abastecimento d'água quanto a instalações sanitárias, embora as condições médias brasileiras venham melhorando de forma relativamente rápida (tabela 2.13), os domicílios nordestinos apresentam proporção significativamente abaixo da média nacional no caso de ligações d'água à rede geral e de instalações sanitárias minimamente adequadas: 45,1% dos domicílios nordestinos em 1983 não dispunham de qualquer instalação sanitária e apenas 5,1% estavam ligados à rede geral de esgotos (tabela 2.14).

Também com relação a taxas de alfabetização o progresso dos indicadores a nível nacional (tabela 2.15) ocorreu a despeito da manutenção de importantes diferenças regionais, mais uma vez em detrimento do Nordeste e, de forma muito menos grave, do Centro-Oeste (tabela 2.16).

Estas comparações regionais sublinham a insuficiência de critérios centrados na obtenção, dentro de prazo determinado, de certos indicadores *médios* para o Brasil. Além do controle da evolução dos indicadores médios é necessário estabelecer metas mínimas a serem alcançadas pelos indicadores referentes aos grupos mais afetados. Dentro das possibilidades da informação estatística disponível e levando em conta os comentários incluídos no início da seção sobre a comparação entre indicadores por níveis de renda e por região, faz sentido estabelecer paradigmas que envolvam metas genéricas e, também, patamares mínimos para os indicadores sociais básicos.

Tabela 2.8

Esperança de vida ao nascer, Brasil, por regiões, 1950-1980 (anos)

Regiões	1950	1960	1970	1980
Norte	44,9	53,6	54,7	63,6
Nordeste	39,0	41,1	45,6	51,0
Sudeste	49,1	56,8	57,4	64,4
Sul	53,5	60,4	60,7	67,2
Centro-Oeste	51,2	56,9	58,9	63,9
Total	45,5	51,6	53,5	60,1

Fonte: IBGE, *Indicadores Sociais. Tabelas Seleccionadas, vol. 2, 1984*, Rio de Janeiro, 1985.

Tabela 2.9

Indicadores sociais por classes de renda, Brasil, 1980

Classes de renda mensal familiar per capita	Esperança de vida ao nascer (anos)	Probabilidade de morte antes de completar 1 ano (0/00)
Até ¼ do salário mínimo	57,3	98,7
Mais de ¼ a ½ do salário mínimo	58,5	94,1
Mais de ½ a 1 salário mínimo	61,8	81,5
Todos os níveis de renda	60,1	87,9

Fonte: IBGE, *Indicadores Sociais. Tabelas Seleccionadas, vol. 2, 1984*, Rio de Janeiro, 1985.

Tabela 2.10

Mortalidade Infantil (0/00) antes de completar 1 ano, Brasil, por regiões

Região	1940	1950	1960	1970	1980
Norte	...	150,3	114,2	109,1	74,3
Nordeste	...	175,2	166,0	146,3	124,5
Sudeste	...	131,5	100,6	98,3	71,6
Sul	...	116,3	87,0	88,1	60,9
Centro-Oeste	...	123,2	101,2	92,3	73,5
Total	163,4	146,4	121,1	113,8	87,9

Fonte: IBGE, *Indicadores Sociais. Tabelas Seleccionadas, vol. 2, 1984*, Rio de Janeiro, 1985.

Tabela 2.11

Famílias Residentes em Domicílios Particulares,
por Adequação Calórico-Proteica da Dieta, Algumas Regiões, 1974/75

Localidade	Com suficiência calórico-proteica	Com suficiência calórica e insuficiência proteica	Com insuficiência calórica e suficiência proteica	Com insuficiência calórico-proteica
Nordeste*	67,7	1,4	18,7	12,2
Rio de Janeiro	79,0	2,3	11,2	7,5
São Paulo	73,7	2,2	15,8	8,3

Fonte: F. Viacava *et al.*, *A Desnutrição no Brasil*, Vozes, Rio de Janeiro, 1983.

Tabela 2.12

Leitos para Internação nos Estabelecimentos
de Assistência Médico-Sanitário. Brasil, por regiões, por mil habitantes

Região	1960	1970	1980	1982
Norte	4,6
Nordeste	2,6
Sudeste	5,3
Sul	5,1
Centro-Oeste	4,4
Total	3,0	3,8	4,3	4,2

Fonte: IBGE, *Indicadores Sociais. Tabelas Seleccionadas*, vol. 2, 1984, Rio de Janeiro, 1985.

Tabela 2.13

Domicílios Particulares Permanentes, Características, Brasil, 1940-1980 (%)

	1940	1950	1960	1970	1980
Forma de Abastecimento d'Água	<u>100,0</u>	100,0	100,0	100,0	100,0
Com canalização interna	13,0	15,6	24,3	33,3	55,1
Rede geral	-	-	-	27,4	47,5
Poço ou nascente	-	-	-	5,9	7,6
Sem canalização interna			29,8	24,1	29,6
Rede geral	87,0	84,4	-	5,4	7,4
Poço ou nascente				18,7	22,2
Outra			45,9	42,6	15,1
Uso da Instalação Sanitária	<u>100,0</u>	<u>100,0</u>	<u>100,0</u>	<u>100,0</u>	<u>100,0</u>
Exclusivo do domicílio	14,8	33,0	49,9	60,6	68,2
Rede geral	14,8	8,6	13,1	13,2	25,8
Forma séptica	-	4,5	10,7	13,4	13,8
Forma rudimentar	-	-	-	29,7	24,9
Outro	-	19,9	26,1	4,3	3,7
Comum	85,2	67,0	50,1	39,4	8,2
Não tem					21,8
Iluminação elétrica	<u>16,7</u>	<u>24,6</u>	<u>38,5</u>	<u>47,5</u>	<u>68,5</u>
Geladeira					

Fonte: IBGE, *Anuário Estatístico*, diversos anos.

Tabela 2.14

Domicílios Particulares Permanentes, Características, Brasil e Grandes Regiões, 1984 (%)

Região	Brasil*	Norte*	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste
Forma de abastecimento de água	<u>100,0</u>	<u>100,0</u>	<u>100,0</u>	<u>100,0</u>	<u>100,0</u>	<u>100,0</u>
Rede geral	66,2	79,9	42,6	81,7	61,7	55,9
Poço ou nascente	22,8	14,1	23,1	15,6	37,0	41,6
Outra forma	11,0	6,0	34,3	2,7	1,3	2,5
Uso da Instalação Sanitária	<u>100,0</u>	<u>100,0</u>	<u>100,0</u>	<u>100,0</u>	<u>100,0</u>	<u>100,0</u>
Exclusivo do domicílio	77,8	83,7	52,4	88,7	86,2	78,2
Rede geral	29,7	35,2	5,1	52,6	48,9	22,2
Forma séptica	16,4		10,7	13,4		
rudimentar	28,2	48,5	34,6	17,2	37,2	56,0
Outro	3,5		2,0	5,6		
Comum	5,0	16,6	2,4	5,3	6,2	7,4
Não tem	17,2	2,8	45,1	6,0	7,6	14,4
Iluminação Pública	<u>79,4</u>	<u>87,7</u>	<u>56,8</u>	<u>91,5</u>	<u>82,2</u>	<u>73,2</u>

* Exclusiva população rural da região Norte.

Fonte: IBGE, *PNAD 1984, Brasil e Grandes Regiões*.

Tabela 2.15

Taxa de alfabetização (15 anos e mais), Brasil, 1940-1980 (%)

1940	43,8
1950	49,3
1960	60,5
1970	66,9
1980	74,6

Fonte: IBGE, *Censo Demográfico*, diversos anos.

Tabela 2.16

Taxa de alfabetização (15 anos ou mais), por regiões, Brasil, 1984 (%)

Norte	86,8*
Nordeste	60,0
Sudeste	86,3
Sul	85,7
Centro-Oeste	76,6
Total	78,7

* Exclusive a população rural.

Fonte: IBGE, *PNAD 84, Brasil e Grandes Regiões*.

2.4. Paradigmas definidos com base na redução de distorções regionais

Como discutido anteriormente, a geração de paradigmas deve levar em conta também as distorções regionais típicas do Brasil. Escolheu-se como critério de redução das deficiências de indicadores sociais regionais que os níveis mínimos de indicadores sociais básicos para a região com piores índices em 2000 seriam equivalentes aos atuais melhores índices regionais (regiões Sul ou Sudeste). Por outro lado, fixou-se a *taxa de redução* das deficiências dos índices referentes às regiões mais favorecidas nos *mesmos* níveis do período 1960/1980 (ou 1960/1984 para certos índices).

A tabela 2.17 resume os indicadores sociais básicos para as diferentes regiões brasileiras. A tabela 2.18 registra o avanço brasileiro na redução das deficiências relativas dos principais indicadores sociais para o período 1960-1980, ou em alguns casos, para o período 1960-1984. As taxas anuais de redução de deficiências, também por regiões e para o mesmo período, são apresentadas na tabela 2.19.

Com base nestas informações é possível construir um conjunto de indicadores sociais para o ano 2000 que *incorpora* os objetivos de redução das disparidades regionais e significa substancial melhoria da situação atual. Estes indicadores estão incluídos na tabela 2.20. É possível calcular, mesmo que *algo* grosseiramente, os indicadores para o Brasil resultantes de agregação dos paradigmas regionais.

Comparando-se os indicadores agregados da tabela 2.20 com os referentes ao paradigma “grego” definido na tabela 2.7 fica clara a insuficiência dos objetivos para o ano 2000 implícita na política de redução das disparidades regionais, especialmente no que diz respeito a esperança de vida e mortalidade infantil (menos de 1 ano). Cabe, portanto, ao definir o paradigma “Brasil 2000”, ajustar estes objetivos de acordo com o paradigma internacional. O paradigma “Brasil 2000” está definido na tabela 2.21 com o resulta do da interseção

do paradigma “grego” com o resultante de política de redução das disparidades regionais. A forma correta de ajustar os indicadores regionais é através da aplicação de uma taxa uniforme de redução de deficiências nos indicadores sociais definida com base na composição entre os indicadores referentes ao paradigma “grego” e os que resultam da agregação dos indicadores regionais mencionados na tabela 2.20.

Tabela 2.17

Brasil, Indicadores sociais por região, 1984

Região	Esperança de vida*(anos)	Mortalidade Infantil (menos de 1 ano)** (0/00)	Leitos para internação** (p. hab.)	Ligação d'água na rede geral (%)	Ligações de esgoto na rede geral e fossa séptica (%)	Taxa de alfabetização (%)
Norte	63,6	74,3	4,6	79,9***	35,2***	86,8***
Nordeste	51,0	124,5	2,6	42,6	15,8	60,0
Sudeste	64,4	71,6	5,3	81,7	66,0	86,3
Sul	67,2	60,9	5,1	61,7	48,9	85,7
Centro-Oeste	63,9	73,5	4,4	55,9	22,2	76,6
Brasil	60,1	87,9	4,2	66,2	46,1	78,7

* 1980.

** 1982.

*** Exclusive população rural.

Fonte: IBGE, *Indicadores Sociais. Tabelas Seleccionadas vol. 2, 1984 e PNAD 1984, Brasil e Grandes Regiões.*

Tabela 2.18

Redução das deficiências de indicadores sociais em relações à “norma”, Brasil, 1960-1980 (%)

Região	Esperança de vida ao nascer (anos)	Mortalidade infantil (menos de 1 ano) 0/00	Ligações de rede d'água (%)	Ligações rede de esgoto e fossa séptica* (%)	Taxa de alfabetização (%)
Norte	37,9	38,3	78,0**	30,3**	78,2**
Nordeste	25,4	26,6	39,5	40,7	44,6
Sudeste	32,8	32,0	71,0	47,4	72,8
Sul	34,7	33,9	55,3	39,1	68,9
Centro-Oeste	30,3	30,4	52,8	14,7	77,4
Total	24,9	29,9	57,2	29,3	61,5

*1960-1984. ** Exclusive área rural em 1984.

Tabela 2.19

Redução equivalente anual das deficiências de indicadores sociais em relação à “norma”, Brasil, Grandes Regiões, 1960-1980 (%)

Região	Esperança de vida no nascer (anos)	Mortalidade infantil (menos de 1 ano) 0/00	Ligações na rede d'água* (%)	Ligações na rede de esgotos e fossa séptica* (%)	Taxa de alfabetização * (%)
Norte	2,4	2,4	6,1	1,4**	6,1*
Nordeste	1,5	1,5	2,1	0,5	2,4
Sudeste	2,0	1,9	5,4	2,7	5,3
Sul	2,1	2,0	3,3	2,0	4,7
Centro-Oeste	1,8	1,8	3,1	0,8	6
Brasil	1,8	1,8	3,5	1,7	3,9

* 1960-84. ** Exclui área rural em 1984.

Tabela 2.20

Indicadores sociais em 2000 de acordo com a política de redução das disparidades regionais

Região	Esperança de vida ao nascer (anos)	Mortalidade infantil (menos de 1 ano) 0/00	Ligação d'água na rede geral (%)	Ligação de esgoto na rede geral ou fossa séptica (%)	Taxa de alfabetização (%)
Norte	68,9	49,7	95,6**	66,0**	96,3**
Nordeste	67	60	62,3	66	86
Sudeste	69,5	51,9	93,9	80,3	95,4
Sul	71,6	43,6	80,4	66,0	94,6
Centro-Oeste	68,8	54,2	76,4	66,0	93,2
Brasil**	69,1	57,3	81,2	72,4	92,4

* Resultado de ponderações em alguns casos grosseiras. Isto, entretanto, não afeta de forma significativa os resultados em vista da substancial redução na dispersão regional dos índices.

** Áreas urbanas apenas.

3. Projeções de indicadores até o ano 2000

Para alcançar o paradigma "Brasil 2000" será necessário aumentar consideravelmente, entre 1986 e 2000, as taxas de redução das deficiências dos principais indicadores sociais (tabela 3.1) em relação às alcançadas no passado. A disparidade é especialmente notável no caso dos indicadores referentes a esperança de vida e mortalidade infantil. Note-se, entretanto, que os objetivos do I PND-NR quanto à redução dos índices de mortalidade infantil até 1989 são equivalentes em termos de taxas anuais de redução de deficiências aos fixados no paradigma "Brasil 2000"¹². Tais metas são muito ambiciosas, implicando em taxas de redução de deficiências muito superiores às alcançadas pelos países médios de melhor desempenho no passado recente, como a Coreia, ou mesmo de países mais desenvolvidos que recentemente reduziram drasticamente sua mortalidade infantil (Reino Unido ou Espanha entre 1940 e 1960). Os objetivos do I PND-NR quanto à redução das deficiências relativas a ligações às redes de água e esgoto são também muito ambiciosos – especialmente no caso de ligações à rede d'água – implicando em taxas de redução de deficiências da ordem de 13% e 5% ao ano, respectivamente¹³.

A tabela 3.2 registra a evolução no tempo dos principais indicadores sociais para o Brasil de tal forma que se alcance o paradigma fixado no ano 2000. É evidente que os indicadores aqui gerados guardam entre si correlação significativa: por exemplo, poderá ser árduo alcançar as metas referentes a mortalidade infantil sem aumentos adicionais da proporção de domicílios ligados às redes de água e esgoto. Apesar desta ressalva, dados internacionais e evidência sobre a correlação entre indicadores no Brasil sugerem que, pelo menos, os objetivos não são incompatíveis entre si.

As taxas anuais de redução de deficiências de indicadores implícitas no paradigma "Brasil 2000" são apresentadas na tabela 3.3. Note-se que, como esperado, o esforço requerido nas regiões mais carentes deverá ser correspondentemente maior, a menos no caso de ligações d'água à rede geral no Nordeste. Neste caso específico seria recomendável a elevação do indicador correspondente referente a este indicador incluído no paradigma "Brasil 2000".

Os rumos da reforma social no Brasil dependem do funcionamento das instituições democráticas. Estão hoje dadas as condições de sua realização: existe a consciência clara de que o problema deve ser enfrentado e sua dimensão é conhecida; há mobilização política em benefício do programa social e vontade política de realizá-lo. Mais importante ainda, a reforma social é, por sua vez, condição essencial à preservação das instituições democráticas. O desenvolvimento brasileiro nas últimas décadas realizou-se com quase que completo des conhecimento de suas implicações sociais o que levou

¹² Ver I Plano Nacional de Desenvolvimento da Nova República 1986-89, Projeto de Lei, Brasília, setembro de 1985, p. 89.

¹³ Ver I Plano Nacional de Desenvolvimento da Nova República 1986-89, *op. cit.*, p. 100.

a uma situação virtualmente explosiva. A prioridade social implícita nos programas de governo é condição de estabilidade política e, em última instância, condição para a preservação do próprio processo de desenvolvimento econômico. A obtenção das metas do paradigma “Brasil 2000” removerá em grande medida as distorções acumuladas e propiciará as bases materiais essenciais ao aperfeiçoamento da democracia no Brasil.

Tabela 3.1

Taxas anuais de redução das deficiências de indicadores sociais, Brasil (%)

Indicador Social	Taxas históricas	1986-2000
Esperança de vida	1,8*	8,3
Mortalidade infantil	1,8*	15,8
Ligações d'água	3,5**	3,3
Ligações de esgoto e fossa séptica	1,7**	4,4
Taxa de alfabetização	3,9**	5,6

* 1960-1980.

**1960-1984.

Tabela 3.2

Trajetórias dos principais indicadores sociais para o Brasil, paradigma Brasil 2000

Indicador Social	1986*	1988	1990	1992	1994	1996	1998	2000
Esperança de vida ao nascer (anos)	62,1	65,1	67,6	70,6	71,4	72,8	74	75
Mortalidade infantil (menos de 1 ano) 0/00	65**	49	38	30	24	20	17	15
Ligações d'água (%)	69,4	71,5	73,4	75,2	76,8	78,4	79,8	81,2
Ligações de esgoto e fossa séptica (%)	48,4	52,8	56,8	60,5	63,9	67,0	69,8	72,4
Taxa de alfabetização (%)	83,0	84,8	86,5	88,0	89,3	90,4	91,5	92,4

* Valores de referência calculados com base nos dados históricos.

** Estimada com base em dados do I PISD-NR.

Tabela 3.3

Taxas anuais de redução

Região	Esperança de vida	Mortalidade infantil	Ligações d'água	Ligações de esgoto e fossa séptica	Taxa de alfabetização
Norte	7,8	17,7	9,5	4,3	7,8
Nordeste	10,4	19,1	2,7	6,2	6,9
Sudeste	7,5	17,5	6,8	3,4	6,8
Sul	7,7	16,4	4,2	2,6	6,1
Centro-Oeste	7,8	11,8	3,9	5,6	3,9