

1. Introdução;
2. Determinantes da alocação de recursos;
3. Conclusão.

A distribuição dos recursos de saúde no Brasil — a administração da desigualdade

José Rodrigues Filho
Professor no Departamento de Administração da
Universidade Federal da Paraíba.

1. INTRODUÇÃO

A distribuição dos recursos de saúde (médicos, leitos hospitalares, enfermeiras, etc.) no Brasil é caracterizada por uma desigualdade geográfica tão acentuada que deveria merecer mais atenção por parte dos tomadores de decisões e dos planejadores dos serviços de saúde. Conquanto este seja um problema internacional, no caso brasileiro o assunto não tem sido objeto de maior atenção.

Como já se comentou, o método de alocar recursos financeiros adotados pelo Inamps, durante anos, “é obsoleto, discriminador e, acima de tudo, dirigido para perpetuar as desigualdades quanto à alocação de recursos entre áreas privilegiadas e áreas carentes.”¹ Assim sendo, apesar de alguns programas de saúde que vieram aumentar o fluxo de fundos em comunidades mais pobres, os recursos continuam ainda sendo acumulados em áreas mais ricas. Por outro lado, a falta de um sistema de cuidados médicos organizado é um fator que tem contribuído mais para o aumento do que para a diminuição desta má distribuição de recursos.²

No presente trabalho, portanto, observa-se um dos mais notáveis exemplos de administração inadequada: a grande desigualdade na distribuição e uso de recursos nos serviços hospitalares entre regiões estaduais de saúde ou estados brasileiros.

Nunca houve, no Brasil, um estudo aprofundado das tendências de desigualdade referentes à prestação de cuidados médicos. Assim sendo, tentar-se-á analisar o problema da distribuição dos recursos de saúde, focalizando as disparidades existentes entre as unidades da federação e as disparidades intra-estaduais. Algumas variáveis consideradas como indicadores de saúde serão utilizadas nesta interpretação, observando-se que a alocação de recursos é mais sensível a outros fatores do que às necessidades da população.

2. DETERMINANTES DA ALOCAÇÃO DE RECURSOS

Recentemente, Wennberg e Gittelsohn afirmaram que o montante e custo do tratamento hospitalar numa comunidade têm mais a ver com o número de médicos existentes nessa comunidade, suas especialidades e procedimentos do que com a saúde de seus habitantes.³ Se a distribuição de recursos mais apropriada entre os indivíduos for, aparentemente, aquela segundo a qual cada um os receba de acordo com suas necessidades, então a mais apropriada distribuição de recursos entre as áreas geográficas deverá ser tal que cada uma os obtenha de acordo com as necessidades de sua população. Porém, em se tratando do setor saúde, observa-se que estamos longe de atingir essa “justiça territorial”, uma vez que a alocação de recursos é mais sensível a outros fatores do que às necessidades da população. Assim, parece-nos que uma repartição de recursos com maior equidade e baseada em necessidades sempre permanecerá um objetivo ilusório.

Portanto, considerando que, ao se determinar o volume de recursos financeiros destinados para cada área, os critérios de necessidades (população, taxas de mor-

talidade e morbidade) são excluídos, pode-se levantar a hipótese de que o volume de recursos alocados está relacionado com a distribuição dos recursos de saúde existentes.

Visto que a utilização dos leitos hospitalares é fortemente determinada pela disponibilidade dos mesmos (o leito cria sua própria demanda),⁴ a interpretação de taxas de internações ou admissões hospitalares como indicador do nível de saúde de uma comunidade deve ser evitada, uma vez que as variações nas disponibilidades de leitos acarretarão variações desse indicador, independentemente de qualquer mudança no nível de saúde de uma população.

2.1 Variações estaduais nos serviços hospitalares

As internações hospitalares, no Brasil, cresceram surpreendentemente na década passada, sobretudo na área urbana, passando de uma internação em cada 18 pacientes, no início dos anos 70, para uma em cada 9, no final desse período. Este crescimento está muito associado com o estoque de leitos, fazendo com que as regiões bem providas destes alcancem elevadas taxas de internações.

A expansão da previdência social não só contribui para ampliar a demanda por serviços médicos, mas, também, para aumentar os custos hospitalares. Conseqüentemente, os hospitais responderam a esse aumento da demanda através do aumento rápido da oferta de leitos. Assim, o setor de cuidados médicos no Brasil, à semelhança do que ocorre em outros países, cresceu aceleradamente de importância econômica, apresentando na década passada taxas de crescimento muito mais al-

tas do que as do restante da economia e mobilizando um volume de recursos cada vez maior.⁵

Portanto, além da má distribuição de recursos, a elevação dos custos dos serviços médico-hospitalares no Brasil está-se tornando uma questão central dos problemas de saúde no país. Em geral, a análise econômica enfatiza que os preços aumentam porque a oferta não aumenta na mesma rapidez que a demanda. No caso dos hospitais, o aumento dos preços dos serviços médico-hospitalares se dá precisamente porque a oferta aumenta tanto quanto a demanda.⁶ Por falta de informações, nenhuma tentativa será feita no presente trabalho para se analisar a elevação dos custos hospitalares no Brasil. Tentar-se-á, porém, focalizar as variações quanto à utilização dos recursos, mostrando que o elevado número de internações em determinadas comunidades não representa um indicador de saúde, dada a associação existente entre leitos e sua utilização.

Na tabela 1 podem-se verificar as variações de leitos e internações hospitalares por mil habitantes entre alguns estados brasileiros. Enquanto que no Maranhão e Piauí se tem menos de dois por mil habitantes, alguns estados, sobretudo das regiões mais ricas do País, registram mais de cinco. Enquanto Maranhão e Bahia registram, respectivamente, 34,6 e 27,3 internações por mil habitantes, Santa Catarina (com o maior índice de internações hospitalares em 1980) consigna 152, ou seja, hospitaliza quase que seis vezes mais do que a Bahia.

No Brasil, a relação entre leitos e internações hospitalares já foi evidenciada para as regiões de saúde do estado da Paraíba.⁷ Aqui será apresentada esta relação para outros estados brasileiros, mostrando-se a signifi-

Tabela 1
População, estoque de leitos e internações hospitalares por estados da federação — 1980

Estados	População ¹	Total de leitos ²	Total de internações ³	Leitos/1.000	Internações/1.000
Amazonas	1.432.066	3.310	52.558	2,31	36,70
Pará	3.411.868	8.135	227.027	2,38	66,54
Maranhão	4.002.593	5.848	138.527	1,46	34,60
Piauí	2.140.066	4.225	139.990	1,97	65,41
Ceará	5.294.876	16.868	465.368	3,18	87,89
Rio Grande do Norte	1.899.720	5.520	141.035	2,90	74,23
Paraíba	2.772.600	9.374	259.647	3,38	93,64
Pernambuco	6.147.102	19.290	355.855	3,13	57,88
Alagoas	1.987.581	6.058	130.988	3,04	65,90
Sergipe	1.141.834	3.144	52.830	2,75	46,26
Bahia	9.474.263	17.508	259.056	1,84	27,34
Minas Gerais	13.390.805	58.637	1.432.508	4,37	106,97
Espírito Santo	2.023.821	7.343	181.900	3,62	89,87
Rio de Janeiro	11.297.327	75.982	1.189.423	6,72	105,28
São Paulo	25.040.698	135.836	3.020.222	5,42	120,61
Paraná	7.630.466	38.715	1.135.257	5,07	148,77
Santa Catarina	3.628.751	17.005	551.658	4,68	152,02
Rio Grande do Sul	7.777.212	40.819	1.149.504	5,24	147,79
Mato Grosso	1.141.661	4.692	88.541	4,10	77,55
Mato Grosso do Sul	1.370.333	5.523	103.517	4,03	75,54
Goiás	3.865.482	17.985	530.632	4,65	137,27
Distrito Federal	1.177.393	3.944	85.178	3,34	72,34

Fonte: ¹Fundação IBGE. *Anuário estatístico do Brasil — 1981*. Rio de Janeiro, 1981. v. 42.

²Fundação IBGE. *Anuário estatístico do Brasil — 1983*. Rio de Janeiro, 1983. v. 44.

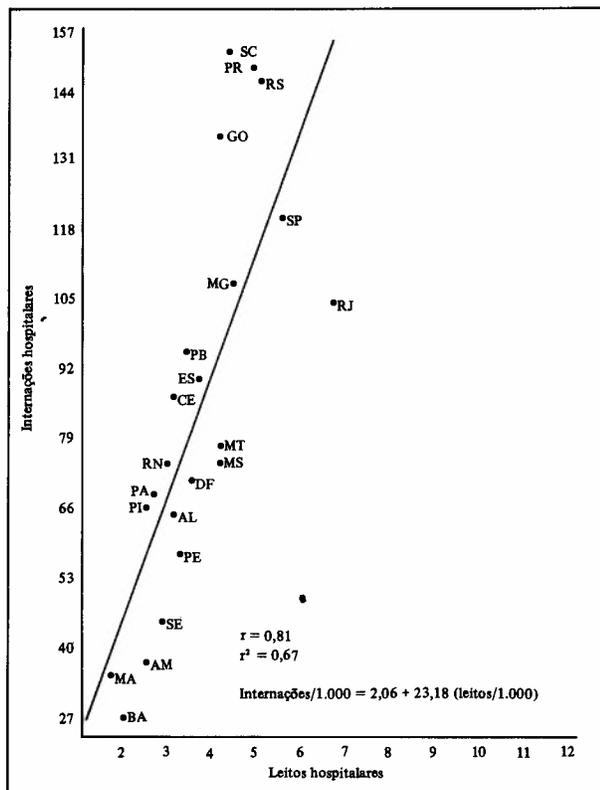
³*Inamps em dados*. MPAS/Inamps. Secretaria de Planejamento — Departamento de Informática, Rio de Janeiro, 1980.

Coefficiente de variação (CV) Leitos/1.000 = 35,7.

Coefficiente de correlação (Leitos/1.000 x Internações/1.000) = 0,81.

ficante correlação existente entre leitos e internações (figura 1), comprovando-se a hipótese de que, à semelhança de outros países, o estoque de leitos é a principal variável que influencia a utilização hospitalar.

Figura 1
Relação entre leitos hospitalares (por mil) e internações (por mil) em alguns estados brasileiros



2.2 Variação intra-estadual

O constante aumento das internações hospitalares, no Brasil, apresentado estatisticamente de forma agregada pelos órgãos oficiais, não representa um indicador de melhoria do nível de saúde da população. À medida que o número de pacientes admitidos nos hospitais cresce durante os últimos anos, especialmente nas principais cidades do País, havia evidências de que a taxa de mortalidade infantil aí também aumentava. Conclui-se, portanto, que o crescente número de admissões hospitalares, que o Inamps assiduamente publica em constantes documentos oficiais, não significa, necessariamente, uma melhoria de saúde da população e nem sempre inclui aqueles que mais necessitam dos serviços.

Os dados estatísticos fornecidos pelo Inamps ainda são deficientes para se proceder a uma análise dos serviços médico-hospitalares no Brasil. Além de serem dados agregados a nível estadual, não especificam de forma mais ou menos apropriada fatores inerentes aos serviços e aos consumidores. Assim, torna-se praticamente impossível analisar o perfil de saúde de uma comunidade e oferecer subsídios aos responsáveis pelas políticas de saúde para o planejamento dos serviços ou programas de maneira mais compreensiva.

Será que no Brasil as variações intra-estaduais não são mais acentuadas do que as variações interestaduais?

Buxton e Klein, analisando a distribuição dos serviços hospitalares na Inglaterra, afirmaram que as variações entre grandes regiões são de significância limitada, enfatizando a análise da distribuição de recursos entre pequenas áreas.⁸ No Brasil, por falta de dados desagregados, são quase inexistentes os trabalhos que poderiam mostrar as desigualdades intra-regionais ou intra-estaduais. O fato de um estado da federação ser bem provido ou desprovido de recursos de saúde não nos mostra, praticamente, nada em termos das disponibilidades de recursos para as suas comunidades.

Vimos, na tabela 1, que o número de internações no Maranhão é de 34,6 por mil habitantes. Analisando-se esses dados quanto à proveniência dos pacientes, observa-se que, nesse estado, a população urbana é internada seis vezes mais do que a população rural. Essa desigualdade intra-estadual é evidente em todos os demais estados brasileiros, considerando-se as internações entre as populações urbana e rural, conforme dados da tabela 2.

Com a obtenção de dados referentes aos leitos hospitalares de Sergipe e Paraíba, foi possível aprofundar a análise da distribuição de recursos dentro destes estados e observar as variações regionais. Utilizando-se coeficientes de variação para medir o grau de variação das disponibilidades de leitos entre os estados brasileiros e as regiões de saúde de Sergipe e Paraíba (35,7, 72,2 e 78,8, respectivamente), pode-se afirmar que existe uma variação de recursos mais acentuada entre as regiões de saúde destes dois estados do que entre os estados brasileiros. No caso específico da Paraíba, existem regiões com quase cinco vezes mais leitos do que outras. São também acentuadas as disparidades entre as regiões de Aracaju e Porto da Folha, no estado de Sergipe, conforme se vê na tabela 3.

Ao criticar-se a má distribuição de recursos de saúde entre os estados brasileiros, observa-se que alguns destes estão longe de oferecer um serviço compreensivo de saúde, já que suas desigualdades regionais são bastante significativas.

Este tipo de análise é muito mais relevante para as futuras políticas de saúde, sobretudo quando se quer estabelecer prioridades na distribuição de recursos dentro do sistema de saúde, considerando sempre a escassez desses.

2.3 A relação entre necessidade e provisão

Diversos estudos da relação entre provisão e necessidades, principalmente na Inglaterra, têm investigado a distribuição *per capita* dos gastos em saúde.⁹ Griffiths analisa as variações entre os gastos *per capita*, por regiões de saúde, e as disponibilidades de leitos por mil habitantes.¹⁰ Noyce, Snaith e Trickey também examinaram os gastos *per capita* e as variações regionais.¹¹

Os índices de mortalidade têm sido considerados como o principal indicador de necessidades. Outro indicador importante é o índice de morbidade, porém, com a falta de dados estatísticos deste tipo, o índice de mortalidade tem sido usado como substituto.

Assim como existe uma relação entre leitos e internações hospitalares, há também uma relação entre lei-

Tabela 2
Internações hospitalares (população urbana e rural) por estados da federação – 1980

Estados	População urbana ¹	População rural ¹	Internações pop. urbana ²	Internações pop. rural ²	Int./1.000 pop. urbana	Int./1.000 pop. rural
Amazonas	858.181	573.885	40.271	12.287	46,92	21,41
Pará	1.669.662	1.742.206	180.913	46.114	108,35	26,46
Maranhão	1.257.109	2.745.484	101.031	37.496	80,36	13,65
Piauí	897.993	1.242.073	69.733	70.257	77,65	56,56
Ceará	2.814.235	2.480.641	383.224	82.144	136,17	33,11
Rio Grande do Norte	1.115.630	784.090	97.562	43.473	87,45	55,44
Paraíba	1.450.346	1.322.254	149.318	110.329	102,95	83,44
Pernambuco	3.785.697	2.361.405	295.434	60.421	78,03	25,58
Alagoas	978.597	1.008.984	92.689	38.299	94,71	37,95
Sergipe	618.344	523.490	37.101	15.729	60,00	30,04
Bahia	4.667.247	4.807.016	193.045	66.011	41,36	13,73
Minas Gerais	8.986.266	4.404.805	1.097.895	334.613	122,17	75,96
Espírito Santo	1.293.334	730.487	129.179	52.721	99,88	72,17
Rio de Janeiro	10.373.300	924.027	1.147.333	42.090	110,60	45,55
São Paulo	22.195.330	2.845.368	2.730.410	289.812	123,01	101,85
Paraná	4.473.541	3.156.925	830.111	305.096	185,57	96,64
Santa Catarina	2.154.527	1.474.224	399.424	152.231	185,38	103,26
Rio Grande do Sul	5.252.465	2.524.747	872.762	276.643	166,16	109,57
Mato Grosso	656.513	485.148	64.272	24.269	97,89	50,02
Mato Grosso do Sul	918.865	451.468	82.538	20.979	89,82	46,46
Goiás	2.403.234	1.462.248	459.605	71.027	191,24	48,57
Distrito Federal	1.139.480	37.913	83.052	2.126	72,88	56,07

¹ Fundação IBGE. *Anuário estatístico do Brasil – 1981* – Rio de Janeiro, 1981. v. 42.

² *Inamps em dados*. MPAS/Inamps. Secretaria de Planejamento – Departamento de Informática, Rio de Janeiro, 1980.

tos e gastos. Maiores gastos com serviços médico-hospitalares não significam, necessariamente, melhores níveis de saúde. Os britânicos, por exemplo, gastam *per capita* em saúde apenas metade do que os americanos, porém os níveis de saúde destes são inferiores aos daqueles. Dada a escassez de recursos, os britânicos tentam racionalizar as formas de tratamento. A taxa de cirurgias das artérias coronárias na Grã-Bretanha é apenas um sexto da taxa dos Estados Unidos. Os britânicos limitam alguns serviços, desde que os benefícios marginais sejam pequenos. Por exemplo, os americanos fazem duas vezes mais exames de raio-X *per capita* que os britânicos.¹²

Já está mais do que comprovado que boas condições sanitárias, habitacionais e ambientais são fatores muito mais importantes para a saúde de uma população do que os serviços médico-hospitalares.

Uma tentativa será feita para relacionar despesas hospitalares *per capita* e internações com alguns indicadores de saúde, no presente estudo. Tomando-se os estados brasileiros com informações mais completas, calculou-se a taxa bruta de mortalidade, considerada como um bom indicador de necessidades, para relacioná-la com outras variáveis. Em termos de gastos hospitalares *per capita*, observa-se que no ano de 1980 os gastos em cruzeiros apresentaram grandes variações entre os estados brasileiros. Os gastos *per capita* nos estados mais ricos são três vezes maiores do que nos estados mais pobres. Os resultados apresentados na tabela 4 não são de forma alguma animadores.

Se a taxa de mortalidade pode ser utilizada como um bom indicador de necessidades, era de se esperar que maiores gastos estivessem sendo feitos nas regiões mais

Tabela 3
Distribuição de leitos hospitalares entre as regiões de saúde de Paraíba e Sergipe

Paraíba – 1980 ¹		Sergipe – 1984 ²	
Regiões	Leitos/1.000	Regiões	Leitos/1.000
1. Cajazeiras	2,30	1. Aracaju	5,16
2. Campina Grande	3,58	2. Boquim	1,51
3. Cuité	1,66	3. Itabaiana	1,51
4. Guarabira	0,79	4. Maruim	2,08
5. Itabaiana	1,25	5. Porto da Folha	0,61
6. Itaporanga	2,00	6. Propriá	1,37
7. João Pessoa	8,71	7. Lagarto	1,13
8. Patos	1,59		
9. Rio Tinto	2,63		
10. Santa Rita	2,45		
11. Souza	1,74		
Coefficiente de variação (cv)	78,8	Coefficiente de variação (cv)	72,2

¹ *Cadastro de hospitais*. Superintendência Regional do Inamps no estado da Paraíba, 1980; Ministério da Saúde/Secretaria de Saúde – Sistema Cadastro de Estabelecimento de Saúde, 1981.

² Secretaria de Saúde do Estado de Sergipe, 1984.

pobres. Vê-se, porém, uma relação negativa entre a taxa de mortalidade e as internações e despesas *per capita*.

Estes resultados deprimentes nos mostram que a relação existente entre provisão e necessidades não é a que se esperava. Também não se observa nenhuma tendência aparente de melhoria a curto ou longo prazo.

O coeficiente de correlação de Spearman¹³ também foi calculado entre os dados referentes à esperança de vida ao nascer e internações e as despesas hospitalares *per capita*. Como já se viu, é onde se morre mais que se gasta menos. Se é inversa a relação entre mortalidade e despesas *per capita*, o mesmo não acontece com a relação entre a esperança de vida e as despesas *per capi-*

ta, ou seja, não se gasta mais onde se vive menos. Assim, onde se morre mais, gasta-se menos e onde se vive menos, gasta-se menos. Evidentemente, onde se morre mais se vive menos.

Sabemos que aqueles com baixa demanda por serviços médicos são aqueles com o mais baixo padrão de

Tabela 4

Taxa bruta de mortalidade, esperança de vida ao nascer, despesas *per capita* e internações hospitalares

Estados	Mortalidade		Despesas <i>per capita</i>		Internações		Esperança de vida	
	Taxa bruta ¹	Ordem*	Cr\$ ²	Ordem*	Por mil ²	Ordem*	Ao nascer ³	Ordem*
Paraná	9,3	2	1.002	8	93,6	7	42,0	11
Pernambuco	9,8	1	943	9	57,8	10	43,7	9
Alagoas	9,0	3	914	10	65,9	9	42,9	10
Sergipe	6,6	8	757	11	46,2	11	45,3	8
Minas Gerais	7,2	5	1.141	6	106,9	5	55,0	7
Espírito Santo	6,5	9	1.048	7	89,8	8	57,5	4
Rio de Janeiro	8,2	4	2.708	1	105,2	6	57,3	6
São Paulo	7,0	6	1.857	3	120,6	4	58,8	3
Paraná	6,2	10	1.291	5	148,7	2	57,4	5
Santa Catarina	5,5	11	1.445	4	152,0	1	60,0	2
Rio Grande do Sul	6,7	7	2.145	2	147,7	3	64,5	1

¹ Estatística de mortalidade. Brasil: 1980.

Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde – Divisão Nacional de Epidemiologia, Brasília, 1983.

² Inamps em dados. MPAS/Inamps. Secretaria de Planejamento – Departamento de Informática, Rio de Janeiro, 1980.

³ Anuário Estatístico do Brasil – 1983. IBGE, Rio de Janeiro, vol. 44, 1984.

*Ordem decrescente

Coefficiente de correlação de Spearman entre:

Mortalidade e internações = -0,54 (p < 0,05);

Mortalidade e gastos *per capita* = -0,27 (não-significativo);

Esperança de vida ao nascer e internações = 0,71 (p < 0,01);

Esperança de vida ao nascer e gastos *per capita* = 0,73 (p < 0,01).

saúde. Supõe-se, portanto, que aqueles com o mais baixo nível de saúde estão, provavelmente, em necessidade. Porém, o que se observa na presente análise é que se hospitaliza mais onde se necessita menos. Assim, estamos diante de uma vantagem cumulativa (ou desvantagem): quanto maiores os recursos de saúde de uma área, maior é sua habilidade para atrair mais. Mortalidade por si só não pode atrair recursos.

O redirecionamento das políticas de saúde neste país depende muito de uma vontade política, mas até o presente a experiência nos tem mostrado que as pressões políticas vêm apenas reforçar a inércia criada por um sistema de alocação de recursos incrementalista, onde quem tem mais ganha mais e quem tem menos ganha menos.

3. CONCLUSÃO

Os resultados da presente análise mostram que são bastante acentuadas as disparidades na distribuição de recursos entre os estados brasileiros. As desigualdades intra-estaduais parecem ser mais gritantes do que as disparidades entre os estados brasileiros. Ao nível desagregado, podem-se realizar análises muito mais relevantes para as futuras políticas de saúde, considerando-se que os recursos são escassos em qualquer economia.

A remoção do estoque de leitos, considerado como o principal determinante da utilização hospitalar e como elemento que vem favorecer as regiões bem-providas, deve ser introduzida em qualquer fórmula de alocação de fundos públicos no setor saúde. A população e outros indicadores de saúde é que devem ser usados como os principais determinantes de necessidades.

Alguns indicadores de necessidades e provisão foram construídos e comparados. O resultado desta comparação oferece pouco apoio à hipótese de que as necessidades de cuidados médicos são providas de acordo com as necessidades da população.

Também não se evidenciou nenhuma tentativa de se eliminarem as variações entre as regiões. A presente escassez de recursos no setor saúde enfatiza a necessidade de introduzir-se uma política de redistribuição mais rápida. Esta redistribuição deve refletir não apenas uma avaliação das necessidades de cada região, que nunca foi efetuada pelos órgãos nacionais de saúde, mas também levar em consideração as provisões do setor hospitalar.

As desigualdades surgidas e perpetuadas pelo presente sistema de prestação de assistência médica às pessoas, provavelmente, não serão removidas facilmente, dada a natureza do setor hospitalar e do próprio sistema de saúde como um todo.

¹Rodrigues Filho, J. Alocação de recursos no setor saúde: o método do Inamps. *Revista Paulista de Hospitais*, 37(7/8): 152-6, 1984.

²_____. *The Brazilian health sector: structure and growth*. Washington, Business Association of Latin America Studies, Sept. 1985. p. 66.

³Wennberg, J. & Gittelsohn, A. Variations in medical care among small areas. *Scientific American*, 246(4): 100-11, 1982.

⁴Rodrigues Filho, J. O mercado de serviços médicos. *Revista de Administração Pública*, 19(1): 95-105, 1985.

⁵Braga, J.C.S. & Goes de Paula, S. *Saúde e previdência — estudos de política social*. São Paulo, CEBES-Hucitec, 1981.

⁶Feldstein, M.S. The medical economy. *Scientific American*, 229:151-6, 1973.

⁷Rodrigues Filho, J. A intervenção governamental e a alocação de recursos públicos no setor saúde do Brasil. *VIII Reunião Anual da ANPAD*. São Paulo, 1984. p. 163-6.

⁸Buxton, M.J. & Klein, R.E. Distribution of hospital provision: policy themes and resource variations. *British Medical Journal*, 1:345-7, 1975.

⁹Jones, D. & Bourne, A. Monitoring the distribution of resources in the National Health Service. *Social and Economic Administration*, 10(2):92-105, 1976.

¹⁰Griffiths, D.A.T. Inequalities and management. *Hospital*, July, 1971. p. 229-33.

¹¹Noyce, J.; Snaith, A.H. & Trickey, A.J. *Lancet*, n° 1, p. 554-6, 1974.

¹²Aaron, H.J. & Schwartz, W.B. Hospital cost control: a bitter pill to swallow. *Harvard Business Review*, n° 11, 1985.

¹³Siegel, S. *Estatística não-paramétrica*. São Paulo, McGraw-Hill do Brasil, 1975.

Publicações

Política monetária



Os Efeitos das minidesvalorizações na economia brasileira
Eduardo Matarazzo Suplicy
2.^a edição — 1979
Cz\$ 228,00

Inflação, moeda & modelos macroeconômicos: o caso do Brasil
Antônio Carlos Lemgruber
1.^a edição — 1978
Cz\$ 126,00

A Política monetária num contexto de indexação — o caso brasileiro
Carlos Alberto Reis Queiroz
1.^a edição — 1980
Cz\$ 148,00

NAS LIVRARIAS DA FGV ou pelo reembolso postal,
Fundação Getúlio Vargas/Editora
Divisão de Vendas — Caixa Postal 9052
20.000 — Rio de Janeiro-RJ

Economia

1. América Latina — experiência e desafios
Felipe Herrera
1.^a edição — 1977 — Cz\$ 220,00

2. Análise econômica do fenômeno demográfico no Brasil
Edy Luiz Kogut
1.^a edição — 1976 — Cz\$ 102,00

3. Cana, Café e Laranja
Waldick Pereira
1.^a edição — 1977 — Cz\$ 153,00

4. Crescimento do produto real no Brasil — 1900/1947
Claudio L. S. Haddad
1.^a edição — 1978 — Cz\$ 163,00

5. Distribuição de renda e mobilidade social: a experiência brasileira
Virgílio Horácio Samuel Gibbon
1.^a edição — 1980 — Cz\$ 92,00

Cz \$



\$ 8,7 / 2

5 ✓

Pedidos à Fundação Getúlio Vargas-Editora
Caixa Postal 9052
20.000 — Rio de Janeiro — RJ

ECONOMIA

Nome _____

Endereço _____

Cidade _____

Anexo cheque n.º _____

Banco _____

Pagável na praça do Rio de Janeiro, nominal à
Fundação Getúlio Vargas